

**Schulgesundheitspflege
an allgemeinbildenden Schulen – SPLASH**

Teil 1: Analyse der Ausgangslage

Antje Tannen, Yvonne Adam, Jennifer Ebert & Michael Ewers

Working Paper No. 18-02

Berlin, Mai 2018

**Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft**

Zitierhinweis:

Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M (Hg.) (2018):
Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen:
Teil 1 – Analyse der Ausgangslage
Working Paper No. 18-02 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Impressum:

Working Paper No. 18-02 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, Mai 2018

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://igpw.charite.de>

Abstract

International ist „Schulgesundheitspflege“ seit geraumer Zeit ein etabliertes Angebot zur Förderung der öffentlichen Gesundheit an allgemeinbildenden Schulen und eine spezialisierte Rolle der professionellen Pflege. Mit einem Modellprojekt in Brandenburg und Hessen soll an diese internationale Praxis angeknüpft werden. Jeweils 10 Gesundheits- und (Kinder-) Krankenschwester*innen, die zuvor systematisch auf ihre Aufgaben vorbereitet wurden, sind an verschiedenen allgemeinbildenden Schulen in den beiden Bundesländern eingesetzt. Das Modellprojekt wird einer mehrphasigen wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin unterzogen. Das formative Evaluationskonzept dient der kritischen Begleitung und Dokumentation des Modellverlaufs sowie einer ersten Bewertung der damit erzielten Effekte.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung wurde zunächst eine umfangreiche systematische Ausgangsanalyse durchgeführt. Dafür wurden Dokumente, Protokolle, Memos etc. gesichtet und ausgewertet. Zudem wurden standardisierte Befragungen von Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen, qualitative Einzelinterviews mit Schüler*innen und Gruppeninterviews mit Eltern und Lehrer*innen sowie partizipativ angelegte Workshops mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ (SGFK) realisiert. Die Datenauswertung erfolgte inhaltsanalytisch (Dokumente, qualitative Daten) und deskriptiv statistisch (quantitative Daten). Die Ergebnisse der Ausgangsanalyse sind in diesem Working Paper dokumentiert.

Insgesamt erweist sich die Ausgangssituation für das Modellprojekt in den beiden Bundesländern und den jeweiligen Standorten als ausgesprochen heterogen und komplex. Große Unterschiede zeigen sich bei den Implementierungsstrategien, der Auswahl der beteiligten Schulen, deren Größe sowie sachlichen/personellen Ausstattung und nicht zuletzt bei den Betreuungsschlüsseln. Datenschutzrechtliche sowie schulrechtliche Vorgaben haben den Projektstart erschwert und zu ungleichen Ausgangsbedingungen in den beiden Bundesländern geführt. Auch die gesundheitliche Ausgangssituation ist differenziert zu betrachten. Bei einigen Themen wird gesundheitsbezogener Handlungsbedarf an den Schulen gesehen – etwa in Fragen der Sauberkeit und Hygiene, Bereitstellung von Pausen- und Ruheräumen sowie bei der Essensversorgung. Zwar wird die subjektive Gesundheit der Schüler*innen mehrheitlich für gut oder sehr gut eingeschätzt, allerdings zeigen sich auch spezifische gesundheitliche Problemfelder. Hoher Präventionsbedarf besteht bei Zahn- und Mundgesundheit, Ernährung, Bewegung, Medienkonsum sowie Suchtverhalten. Gut ein Drittel der Schüler*innen konnte in einem Zeitraum von drei Monaten aufgrund einer akuten Erkrankung nicht am Unterricht teilnehmen. Bemerkenswert ist, dass sowohl Eltern, Lehrer*innen und Schüler*innen von Schwierigkeiten beim Finden, Einschätzen und Bewerten von Gesundheitsinformationen berichten, was einen Bedarf an Gesundheitskompetenzförderung erkennen lässt.

Die heterogene und komplexe Ausgangssituation verlangt von den am Modellprojekt „Schulgesundheitspflege“ beteiligten Akteur*innen auf den verschiedenen Ebenen eine besonnene und differenzierte Vorgehensweise. Notwendig scheint eine schulbezogene Spezifizierung und Priorisierung von gesundheitlichen Zielen, die mit der Schulgesundheitspflege an den jeweiligen Standorten erreicht werden sollen. Zudem müssen lokal angepasste Strategien entwickelt werden, um auf die unterschiedlichen Bedarfssituationen reagieren zu können. Die vorliegenden Daten liefern dafür erste Anknüpfungspunkte. Mit Blick auf die intendierte Wirkungsanalyse der Komplexintervention „Schulgesundheitspflege“ werden der vergleichsweise kurze Beobachtungs- und Interventionszeitraum an den Schulen, die Heterogenität der lokalen Kontextbedingungen sowie der Einfluss von weiteren Determinanten (z.B. Konkretisierungs- und Standardisierungsgrad der Interventionen) angemessen zu berücksichtigen sein.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
I Einleitung	10
II Stand der Erkenntnisse	11
1. Bedarf für Schulgesundheitspflege in Deutschland	12
2. Anforderungen und Strukturen	14
2.1 Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung durch Schulen.....	15
2.2 Prävention und Gesundheitsförderung durch außerschulische Anbieter	16
2.3 Versorgung von chronisch kranken Kindern.....	17
2.4 Gesundheitsförderliche Potentiale im Setting Schule	17
3. Schulgesundheitspflege im (inter-)nationalen Kontext	18
3.1 Konzeptuelle Einordnung von Schulgesundheitspflege.....	18
3.2 Institutionelle Anbindung	22
3.3 Qualifikation von School Nurses	22
3.4 Wirkung von School Nursing	22
4. Einordnung und Kommentar	23
III Evaluationskonzept	24
1. Zielsetzung der Evaluation	24
2. Methodisches Vorgehen	24
2.1 Forschungsdesign	24
2.2 Evaluationsbeirat	25
2.3 Ethikantrag und Datenschutz	26
3. Datengrundlage Projektsteuerung	27
4. Quantitative Datenerhebung.....	27
4.1 Ablauf der Erhebung.....	27
4.2 Stichprobenentwicklung.....	28
4.3 Operationalisierung und Instrumente	29
4.4 Statistische Auswertungsverfahren	30
5. Einordnung und Kommentar	31
IV Stichprobenbeschreibungen (Brandenburg und Hessen)	32
V Ergebnisse zur Ausgangslage: Projektsteuerung	39
1. Vorarbeiten der Projektträger	39
2. Projektsteuerung	40
2.1 Gesamtsteuerungskreis	40
2.2 Steuerungskreise der jeweiligen Bundesländer	41
2.3 Regionale Arbeitskreise	41
3. Bewerbung und Außendarstellung des Projektes durch die Projektträger	42
3.1 Printmedien: Poster, Postkarten und Flyer	42
3.2 Digitale Medien: Webseiten und Filme	43
3.3 Landeskonzferenz Hessen „Gesund Lernen in der Schule“	44
3.4 Auftaktveranstaltungen.....	44
4. Auswahl der teilnehmenden Schulen	45
4.1 Schulform und Verteilung (Sozialraum bezogene Merkmale).....	45
4.2 Vorbereitungen der Schulen auf das Modellprojekt	47
5. Einordnung und Kommentar	47
VI Ergebnisse zur Ausgangslage auf Systemebene: Die Schulen	49
1. Brandenburg	49
1.1 Merkmale des Lehrpersonals und anderer Mitarbeitenden in Brandenburg	49
1.2 Angebote der Schulen in Brandenburg	54
1.3 Kooperationspartner zur Umsetzung von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung.....	56

1.4 Aspekte gesundheitsförderlicher Schulen aus Perspektive der Zielgruppen	56
1.5 Teilnahme an schulischen Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen außerhalb des Unterrichts	59
1.6 Gewaltsame Auseinandersetzungen	60
1.7 Unfallprävention	61
2. Hessen	62
2.1 Merkmale des Lehrpersonals und anderer Mitarbeitenden in Hessen	62
2.2 Angebote der Schulen in Hessen	65
2.3 Kooperationspartner zur Umsetzung von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung	67
2.4 Aspekte gesundheitsförderlicher Schulen aus Perspektive der Zielgruppen	67
2.5 Teilnahme an schulischen Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen außerhalb des Unterrichts	70
2.6 Gewaltsame Auseinandersetzungen	71
2.7 Unfallprävention	72
3. Einordnung und Kommentar	72
VII Ergebnisse zur Ausgangslage auf individueller Ebene: Schüler*innen, Eltern und Lehrpersonal	73
1. Brandenburg	73
1.1 Schüler*innen	73
1.2 Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und der Zugang zu Gesundheitsinformationen	84
1.3 Gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen	87
1.4 Lehrpersonal	89
2. Hessen	92
2.1 Schüler*innen	92
2.2 Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und der Zugang zu Gesundheitsinformationen	104
2.3 Gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen	107
2.4 Lehrpersonal	108
3. Einordnung und Kommentar	110
VIII Implementierung der Schulgesundheitspflege	112
1. Vorgaben und Empfehlungen der Machbarkeitsstudie	112
2. Tätigkeitsprofil laut Curriculum: Erwartungen an die „Schulgesundheitsfachkräfte“	113
3. Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Schulgesundheitspflege	114
3.1 Auswahl, Weiterbildung und rechtliche Rahmenbedingungen der „Schulgesundheitsfachkräfte“	114
3.2 Zuteilung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ und Betreuungsschlüssel	115
3.3 Ausstattung der Behandlungszimmer	118
4. Die Perspektive der Zielgruppen auf das neue Versorgungsangebot in Brandenburg	118
4.1 Erwartungen an die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“	118
4.2 Subjektive Informiertheit der Eltern über Aspekte der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“	123
5. Die Perspektive der Zielgruppen auf das neue Versorgungsangebot in Hessen	126
5.1 Erwartungen an die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“	126
5.2 Subjektive Informiertheit der Eltern über Aspekte der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“	131
6. Die Perspektive der „Schulgesundheitsfachkräfte“	134
7. Einordnung und Kommentar	138
IX Bündelung vorliegender Erkenntnisse zur Ausgangslage	139
X Fazit	145
XI Literatur	146

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitstörung
AWO	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V.
BbgSchulG	Gesetz über die Schulen im Land Brandenburg
BeKD	Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DBfK	Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe e.V.
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DH	Department of Health, United Kingdom
GdB	Grad der Behinderung
GEDA	Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“
GEW	Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
GFSI	Gesellschaft zur Förderung sozialer Innovationen e.V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAGE	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
HKM	Hessisches Kultusministerium
HKS	Hyperkinetische Störung
HLSAC	Health Literacy for School-Aged Children
HMSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
ICPHR	International Collaboration for Participatory Health Research
IGS	Integrierte Gesamtschule
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KMK	Kultusministerkonferenz
LASV	Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg
LAVG	Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit des Landes Brandenburg
LPPKJP	Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
LuL	Lehrerinnen und Lehrer
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

MBJS	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NASN	National Association of School Nurses
NDZ	Niedersächsisches Datenschutzzentrum
NGO	Nichtregierungsorganisation
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz)
RCN	Royal College of Nursing, United Kingdom
RKI	Robert Koch-Institut
SES	Sozioökonomischer Status (engl. socioeconomic status)
„SGFK“	„Schulgesundheitsfachkraft“
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
SSD	Schulsanitätsdienst
SuS	Schülerinnen und Schüler
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens
UK	Unfallkassen
VVSchulB	Verwaltungsvorschriften über die Organisation der Schulen in inneren und äußeren Schulangelegenheiten
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Werbemittel der Projektträger AWO Bezirksverband Potsdam und HAGE	43
Abb. 2:	Räumliche Verteilung der Modellschulen in Brandenburg	46
Abb. 3:	Räumliche Verteilung der Modellschulen in Hessen.....	46
Abb. 4:	Teilnahme der Lehrer*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen (z.B. Projekte, Fortbildungen) in Brandenburg (N=201).....	60
Abb. 5:	Teilnahme der Lehrer*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen (z.B. Projekte, Fortbildungen) in Hessen (N=219)	71
Abb. 6:	Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen nach sozioökonomischem Status in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)	80
Abb. 7:	Körperliche Aktivität nach Sozialstatus der Schüler*innen in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)	82
Abb. 8:	Health Literacy-Level der Schüler*innen in Brandenburg (HLSAC; N=1.079)	86
Abb. 9:	Verständigung des notärztlichen Dienstes durch die Lehrer*innen in den letzten 12 Monaten in Brandenburg (N=201).....	90
Abb. 10:	Informiertheit der Lehrer*innen über rechtliche Rahmenbedingungen der Medikamentengabe an Schulen in Brandenburg (Selbstauskunft; N=201)	90
Abb. 11:	Angaben der Lehrer*innen zum sicheren Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schülern und Schülerinnen in Brandenburg (N=201).....	92
Abb. 12:	Gewichtstatus der Schüler*innen bis 18 Jahre nach Geschlecht in Hessen (Selbst- und Elternangabe; N=2.101)	93
Abb. 13:	Gewichtstatus der Schüler*innen bis 18 Jahre nach Altersklassen in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.101)	94
Abb. 14:	Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen nach sozioökonomischem Status in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)	100
Abb. 15:	Körperliche Aktivität der Schüler*innen nach Geschlecht in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)	101
Abb. 16:	Körperliche Aktivität der Schüler*innen mind. 3-mal wöchentlich nach sozioökonomischem Status in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)...	102
Abb. 17:	Health Literacy-Level der Schüler*innen in Hessen (HLSAC; N=1.697).....	106
Abb. 18:	Verständigung des notärztlichen Dienstes durch die Lehrer*innen in den letzten 12 Monaten in Hessen (N=219)	108
Abb. 19:	Informiertheit der Lehrer*innen über rechtliche Rahmenbedingungen der Medikamentengabe an Schulen in Hessen (Selbstauskunft; N=219).....	109
Abb. 20:	Angaben der Lehrer*innen zum sicheren Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schülern und Schülerinnen in Hessen (N=219)	110

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Rücklauf der Fragebögen 1 bis 6 in Brandenburg	32
Tab. 2:	Rücklauf der Fragebögen 1 bis 6 in Hessen.....	32
Tab. 3:	Beurteilung der Befragungslänge pro Fragebogentyp in Brandenburg	33
Tab. 4:	Beurteilung der Befragungslänge pro Fragebogentyp in Hessen.....	33
Tab. 5:	Fallzahl pro Kombination beantworteter Fragebögen in Brandenburg und Hessen	34
Tab. 6:	Baseline-Charakteristika der Befragungsteilnehmer*innen in Brandenburg	36
Tab. 7:	Baseline-Charakteristika der Befragungsteilnehmer*innen in Hessen	38
Tab. 8:	Zusammensetzung des Gesamtsteuerungskreises beider Bundesländer	40
Tab. 9:	Anzahl der Beschäftigten und der Beschäftigungstage in der Woche pro Schule und Berufsgruppe	50
Tab. 10:	Einschätzung der Schüler*innen von ausgewählten Aspekten gesundheitsförderlicher Schulen in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.122)	57
Tab. 11:	Einschätzung der Lehrer*innen von ausgewählten Aspekten gesundheitsförderlicher Schulen Brandenburg (N=201)	58
Tab. 12:	„Schulgesundheitsfachkraft“ - Einschätzung von Aspekten der gesundheitsförderlichen Schule in Brandenburg (Elternauskunft; N=1.043)	59
Tab. 13:	Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.122)	59
Tab. 14:	Teilnahme der Eltern an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Brandenburg (N=1.947)	60
Tab. 15:	Erleben gewaltsamer körperlicher Auseinandersetzungen an der Schule nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)	61
Tab. 16:	Erleben gewaltsamer verbaler Auseinandersetzungen an der Schule nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)	61
Tab. 17:	Anzahl der Beschäftigten und der Beschäftigungstage in der Woche pro Schule und Berufsgruppe in Hessen.....	63
Tab. 18:	Einschätzung der Schüler*innen von ausgewählten Aspekten gesundheitsförderlicher Schulen in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.285).....	68
Tab. 19:	Einschätzung der Lehrer*innen von ausgewählten Aspekten gesundheitsförderlicher Schulen in Hessen (N=219)	69
Tab. 20:	„Schulgesundheitsfachkraft“ - Einschätzung von Aspekten der gesundheitsförderlichen Schule in Hessen (N=475)	69
Tab. 21:	Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)	70
Tab. 22:	Teilnahme der Eltern an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Hessen (N=2.285)	70
Tab. 23:	Erleben gewaltsamer körperlicher Auseinandersetzungen an der Schule nach Bildungsstufe in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.285).....	71
Tab. 24:	Erleben gewaltsamer verbaler Auseinandersetzungen an der Schule nach Bildungsstufe in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.285).....	72
Tab. 25:	Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.122)	74
Tab. 26:	Gewichtsstatus der Schülerin*innen bis 18 Jahre nach Geschlecht in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=1.400)	74
Tab. 27:	Körperbild nach Gewichtsstatus der Schüler*innen zw. 11 und 18 Jahren in Brandenburg (Selbstauskunft; N=988).....	75
Tab. 28:	Ein- und Durchschlafstörungen der Schüler*innen in der letzten Woche in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.122)	75
Tab. 29:	Lebenszeitprävalenz chronischer Erkrankungen der Schüler*innen in Brandenburg (Elternauskunft; N=1.947)	76
Tab. 30:	Staatlich bestätigte sonderpädagogische Förderbedarfe der Schüler*innen in Brandenburg (Elternauskunft; N=202).....	77

Tab. 31:	Lese-Rechtschreibstörung, Rechenschwäche der Schüler*innen in Brandenburg (Elternauskunft; N=1.947)	77
Tab. 32:	Frequenz der zahnärztlichen Kontrolle der Schüler*innen nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)	79
Tab. 33:	Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)	80
Tab. 34:	Körperliche Aktivität der Schüler*innen nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)	81
Tab. 35:	Starke Mediennutzung (3 und mehr Stunden pro Tag) der Schüler*innen nach Alter in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.012)	82
Tab. 36:	Health Literacy Level von Eltern und Lehrpersonal in Brandenburg im Vergleich zu Ergebnissen der GEDA-Studie 2013 (HLS-EU-Q16; Elternauskunft; N=1.947, Lehrerauskunft; N=201; GEDA N=4.952)	84
Tab. 37:	Prozentuale Häufigkeiten der Einzelitems des HLS-EU-Q16 für „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ in Brandenburg (Elternauskunft, N=1.947; Lehrerauskunft, N=201; GEDA, N=4.952)	85
Tab. 38:	Informationsquellen bei Fragen zum Thema Gesundheit der Schüler*innen in Brandenburg (Schüler*innen >11 Jahren; N=1.079; alle Eltern; N=2.531)	87
Tab. 39:	Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.285)	93
Tab. 40:	Körperbild der Schüler*innen zwischen 11 und 18 Jahren nach Gewichtsstatus in Hessen (Selbstauskunft; N=1.628)	94
Tab. 41:	Ein- und Durchschlafstörungen der Schüler*innen in der letzten Woche in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)	95
Tab. 42:	Lebenszeitprävalenz chronischer Erkrankungen der Schüler*innen in Hessen (Elternauskunft; N=2.151)	96
Tab. 43:	Staatlich bestätigte sonderpädagogische Förderbedarfe der Schüler*innen in Hessen (Elternauskunft; N=64)	97
Tab. 44:	Lese-Rechtschreibstörung, Rechenschwäche der Schüler*innen in Hessen (Elternauskunft; N=2.258)	97
Tab. 45:	Körperliche Aktivität der Schüler*innen mind. 3-mal wöchentlich nach Bildungsstufe in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)	101
Tab. 46:	Starke Mediennutzung (3 und mehr Stunden pro Tag) der Schüler*innen nach Alter in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)	103
Tab. 47:	Health Literacy-Level der Eltern und des Lehrpersonals in Hessen im Vergleich zu Ergebnissen der GEDA-Studie 2013 (HLS-EU-Q16; Elternauskunft, N=2.285; Lehrerauskunft, N=219; GEDA, N=4.952)	104
Tab. 48:	Prozentuale Häufigkeiten der Einzelitems des HLS-EU-Q16 für „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ in Hessen (Elternauskunft, N=2.285; Lehrerauskunft, N=219; GEDA, N=4.952)	105
Tab. 49:	Informationsquellen bei Fragen zum Thema Gesundheit der Schülerin*des Schülers in Hessen (Schüler*innen >11 Jahren N= 1.697; alle Eltern N=2.285) ..	107
Tab. 50:	Mögliche Aufgabenbereiche und dazugehörige Tätigkeiten zukünftiger Schulpflegekräfte im Land Brandenburg (vgl. AWO Machbarkeitsstudie 2015)	113
Tab. 51:	Art und Anteil der Aufgabenbereiche einer "Schulgesundheitsfachkraft" (vgl. AWO Curriculum 2016: 12)	113
Tab. 52:	Modellschulen in Brandenburg und Hessen mit Betreuungsschlüssel Schulgesundheitspflege	116
Tab. 53:	Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg (Schüler*innen ab 11 Jahren; N=1.079; alle Eltern; N=1.947)	120
Tab. 54:	Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach unterrichteter Bildungsstufe in Brandenburg (Lehrpersonal; N=201)	121
Tab. 55:	Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach Bildungsstufe der Schule in Brandenburg (Schulleiter*innen; N=18)	122
Tab. 56:	Erwartete Veränderungen durch die Einführung der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg (Schulleiter*innen; N=18)	123

Tab. 57:	Subjektive Informiertheit der Eltern über das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg (N=1.947).....	124
Tab. 58:	Subjektive Informiertheit der Eltern über die Befugnisse der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg (N=1.947).....	124
Tab. 59:	Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wie sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können in Brandenburg (N=1.947)	124
Tab. 60:	Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wann sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Brandenburg (N=1.947)	125
Tab. 61:	Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wo sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Brandenburg (N=1.947)	125
Tab. 62:	Subjektive Informiertheit der Eltern, wie die Gesundheit des Kindes von dem Angebot profitieren kann, in Brandenburg (N=1.947)	125
Tab. 63:	Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, welche Vorteile die Eltern von dem Angebot haben, in Brandenburg (N=1.947).....	126
Tab. 64:	Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (Elternauskunft; N=2.285)	127
Tab. 65:	Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (Schüler*innen ab 11 Jahren; N=1.697)	128
Tab. 66:	Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach an der Schule unterrichteter Bildungsstufe in Hessen (Lehrpersonal N=219).....	129
Tab. 67:	Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach Bildungsstufe der Schule in Hessen (Schulleiter*innen; N=10).....	130
Tab. 68:	Erwartete Veränderungen durch die Einführung der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (Schulleiter*innen; N=10)	131
Tab. 69:	Subjektive Informiertheit der Eltern über das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (N=2.285)	132
Tab. 70:	Subjektive Informiertheit der Eltern über die Befugnisse der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (N=2.285)	132
Tab. 71:	Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wie sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Hessen (N=2.285)	132
Tab. 72:	Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wann sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Hessen (N=2.285)	133
Tab. 73:	Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wo sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Hessen (N=2.285)	133
Tab. 74:	Subjektive Informiertheit der Eltern, wie die Gesundheit des Kindes von dem Angebot profitieren kann, in Hessen (N=2.285)	133
Tab. 75:	Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, welche Vorteile die Eltern von dem Angebot haben, in Hessen (N=2.285)	134
Tab. 76:	Förderliche und hemmende Faktoren bezogen auf die Lehrerinnen und Lehrer	135
Tab. 77:	Förderliche und hemmende Faktoren bezogen auf die Schülerinnen und Schüler	135
Tab. 78:	Förderliche und hemmende Faktoren bezogen auf die Erwartungen und Strukturen	136
Tab. 79:	Förderliche und hemmende Faktoren bezogen auf das eigene Wohlbefinden und die Rolle als "Schulgesundheitsfachkraft"	137

I Einleitung

Schulgesundheitspflege (School Health Nursing) ist international ein etabliertes Berufsbild und eine spezialisierte Rolle der professionellen Pflege. An allgemeinbildenden Schulen tätige und speziell für diese Aufgabe ausgebildete Pflegenden tragen dazu bei, die Gesundheit der Schüler*innen, Lehrer*innen und anderer Personen im Setting zu erhalten, drohende Gesundheitsrisiken zu erkennen und abzuwehren sowie bestehende Gesundheitsprobleme in enger Kooperation mit anderen Akteur*innen im Gesundheits- und Sozialsystem zu bewältigen. Sie richten ihr Augenmerk dabei auf Individuen, (Teil-)Bevölkerungsgruppen, die Organisation als Ganzes und deren soziales und örtliches Umfeld. Mit einer spezifischen Public-Health-Perspektive tragen sie zu einer gesundheitsförderlichen Schule und zu einem höheren Maß an Gesundheit der in diesem Setting lernenden, lebenden und arbeitenden Menschen bei.

Die internationalen Erfahrungen mit dem Einsatz von Pflegenden an allgemeinbildenden Schulen wurden in Brandenburg und Hessen modellhaft aufgegriffen. Im Rahmen eines von der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. und der HAGE e.V. Frankfurt/Main als Träger verantworteten, sich über zwei Jahre erstreckenden Modellversuchs sollen Pflegenden in der Rolle von sogenannten „Schulgesundheitsfachkräften“ (SGFK) vielfältige gesundheitsbezogene Aufgaben an den ausgewählten Schulen wahrnehmen.

Basierend auf einer literaturbasierten Machbarkeitsstudie und nach Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums wurden jeweils 10 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende zunächst in Vollzeitweiterbildung und anschließend in berufsbegleitender Form auf ihr neues Einsatzgebiet vorbereitet. Inzwischen sind sie an verschiedenen allgemeinbildenden Schulen in den beiden Bundesländern im Einsatz.

Dieser länderübergreifend angelegte Modellversuch wird einer partizipativ angelegten wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin unterzogen. Sie dient der Analyse der Ausgangssituation an den beteiligten Schulen, der reflektierenden Implementationsbegleitung sowie einer ersten Einordnung und Bewertung von im Modellzeitraum beobachtbaren Effekten der Schulgesundheitspflege. Neben regelmäßigen Konsultationen mit den Projektverantwortlichen werden standardisierte Erhebungen für einen Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt. Zudem sollen subjektive Einschätzungen von Schüler*innen, Lehrer*innen, Eltern und Schulgesundheitsfachkräften zum Verlauf des Modellversuchs eingeholt werden, um auch deren Perspektive erfassen und bei der weiteren Entwicklung dieses Arbeitsgebiets berücksichtigen zu können.

Erwartet werden von der wissenschaftlichen Begleitforschung Erkenntnisse über Gelingensbedingungen der Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland sowie Erkenntnisse über deren Möglichkeiten zur Beeinflussung von Gesundheits- und Bildungschancen sowie von Strategien im Umgang mit chronischen Erkrankungen. Von besonderem Interesse ist aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht zudem, welche Chancen zur Erweiterung ihres traditionellen Interventionsspektrums die Pflegenden in den Schulen erhalten und wie sie diese nutzen, um im Sinne des „Public Health Nursing“ zur Förderung der öffentlichen Gesundheit im Setting Schule beizutragen.

In diesem Working Paper werden nunmehr die Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation des Modellprojektes „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen in den Bundesländern Brandenburg und Hessen“ für den Zeitraum August 2016 bis März 2018 dokumentiert. Damit wird zunächst der Hintergrund des Modellprojekts ausgeleuchtet und zugleich dessen Ausgangssituation anhand verschiedener Merkmale differenziert betrachtet. Dies ist wichtig, um sich über die aktuelle Situation im Feld, die Kontextbedingungen sowie mögliche hemmende und fördernde Faktoren bei der Einführung und Umsetzung der Modellintervention zu verschaffen. Gerade weil die Schulgesundheitspflege eine für

Deutschland neue, anspruchsvolle Innovation darstellt, die an einer Schnittfläche des Bildungs-Gesundheits- und Sozialsystems ansetzt, ist eine sorgfältige Ausgangsanalyse von zentraler Bedeutung für das weitere Vorgehen.

Im Folgenden wird im Rahmen dieser Ausgangsanalyse nun zunächst der Stand der Erkenntnisse zum Thema Schulgesundheitspflege skizziert, um die Leser*innen an diese Komplexintervention heranzuführen und wesentliche Aspekte der Gestaltung und Umsetzung zu beschreiben. Sodann wird das Konzept der wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation kurz erläutert sowie die in diesem Rahmen bereits durchgeführten sowie noch geplanten Erhebungs- und Auswertungsschritte dargelegt. Den Kern dieses Working Papers bildet jedoch die Beschreibung der Ausgangssituation des Modellprojekts in ihren verschiedenen Dimensionen. Die Ausführungen konzentrieren sich dabei auf die Vorarbeiten sowie die bis Oktober 2017 durchgeführten Maßnahmen auf den verschiedenen Ebenen (individuelle Ebene, Systemebene). Dabei werden auch Ergebnisse der sogenannten Baseline Erhebung (T0) von Brandenburg (Rücklauf bis Juli 2017) und Hessen (Rücklauf bis Januar 2018) dargestellt. Die Ergebnisse der Beobachtung der an den einzelnen Schulen konkret durchgeführten Interventionen, die Analyse von deren tatsächlichen oder antizipierbaren Wirkungen sowie Schlussfolgerungen aus dem Modellprojekt werden in weiteren Publikationen im Laufe des Jahres 2018 vorgelegt.

II Stand der Erkenntnisse

In vielen Ländern mit Erfahrungs- und Entwicklungsvorsprung in der Professionalisierung der Pflege werden Angehörige dieser traditionsreichen Gesundheitsprofession seit langem auch in öffentlichen allgemeinbildenden Schulen tätig. Sie erfüllen in diesem Setting mit einem erweiterten Interventionsspektrum vielfältige gesundheitsbezogene Aufgaben und haben sich als wichtiger Förderer der öffentlichen Gesundheit (Public Health) etablieren können.

Die Schulgesundheitspflege (School Health Nursing) reagiert auf drängende gesellschaftliche Entwicklungen und medizinische Fortschritte, angefangen bei der wachsenden Zahl von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen, auch bereits im Setting Schule. Insbesondere in frühen Lebensjahren bestehen noch zahlreiche Möglichkeiten der Beeinflussung von Krankheitskarrieren und der Abwendung oder zumindest Abmilderung langfristiger negativer Auswirkungen chronischer Gesundheitsbeeinträchtigungen durch präventive Maßnahmen und zielgerichtete Formen der sozialen Unterstützung. Die Berücksichtigung des komplexen Wechselspiels von körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen ist dabei von besonderer Bedeutung, um auf die häufig mehrdimensionalen Problemlagen und damit einhergehenden Risiken reagieren zu können (z. B. durch Krankheit beeinträchtigte Schulleistungen und/ oder Ausbildungsfähigkeit, mentale oder körperliche Störungen, insuffiziente Bewältigungsmuster und ihr möglicher Effekt auf die Bewältigung der schulischen Anforderungen sowie die Einmündung in die Arbeitswelt). Auch der zwischenzeitlich gut dokumentierte Zusammenhang von Bildung, sozioökonomischem Status und Gesundheit wird von ihr adressiert, indem sie Bildungsbeteiligung auch im Falle von chronischer Erkrankung und gegebenenfalls dauerhaft bestehender Behandlungsbedürftigkeit gewährleistet und eigenes gesundheitsförderliches Verhalten auch bei Schüler*innen aus sozial benachteiligten Populationen aktiv unterstützt. Schließlich dient die Schulgesundheitspflege dazu, das Setting Schule mit der sie umgebenden Umwelt, die auf die in Schule handelnden Personen einwirkt, zu verknüpfen und möglichst stabile Brücken in das Quartier, relevante soziale Gemeinschaften aber auch die Institutionen des Gesundheits- und Sozialsystems aufzubauen, um damit die Einfluss-, Beteiligungs- und Wahlmöglichkeiten der Personen zu erhöhen.

Egal ob als „Community Health Nurse“, „Public Health Nurse“ oder „School (Health) Nurse“ bezeichnet, verknüpfen die Pflegenden unspezifische Gesundheitsförderung mit Prävention gesundheitlicher und sozialer Beeinträchtigungen. Dies schließt die Erstversorgung bei akuten Beschwerden sowie die alltagsnahe Unterstützung von chronisch kranken, behinderten oder in

anderer Weise vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkten Schüler*innen, Lehrkräften oder Eltern ein. Nicht zuletzt ist die gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit für das Handeln dieser Gesundheitsprofession kennzeichnend.

Der hierzulande in einschlägigen Schulgesetzen (z.B. von Brandenburg § 45 BbgSchulG und Hessen § 149 HSchG) verwendete Begriff der „Schulgesundheitspflege“ ist tendenziell missverständlich, denn dahinter verbergen sich – anders als international üblich und dem Begriff nach zu vermuten wäre – keine gesundheitsförderlich oder präventiv-kurativ ausgerichteten Leistungen von Pflegefachkräften innerhalb von Schulen (i.S.d. „School Health Nursing“). Vielmehr werden darunter überwiegend Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz sowie schul-(zahn-)ärztliche Reihenuntersuchungen gefasst, die sich überwiegend an einem eher traditionellen „Public Health“-Verständnis ausrichten. Die Schulgesundheitspflege international anschlussfähig neu auszurichten, die Pflege aktiv zu integrieren und dabei Ideen einer „New Public Health“ zu folgen, ist in Deutschland überfällig.

Die Projektträger des im Folgenden evaluierten Modellprojekts wählten den Begriff „Schulgesundheitsfachkraft“ als Berufsbezeichnung für die Schulgesundheitspflege. Voraussetzung für die Teilnahme an der Modell-Weiterbildung ist bisher die Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegende. Als berufsständische Vertretung spricht der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe von Schulgesundheitspflegenden (DBfK 2014). Weiterhin ist die eher etwas traditionell klingende Bezeichnung „Schulkrankenschwester“ im Umlauf. Wie sich die Terminologie bei den verschiedenen Akteurs- und Zielgruppen weiterentwickelt, wird am Projektende zu diskutieren sein. Der Begriff „Schulgesundheitsfachkraft“ wird im Folgenden in Anführungszeichen gesetzt, um zu verdeutlichen, dass diese Berufsbezeichnung von den Projektträgern vorgegeben wurde.

1. Bedarf für Schulgesundheitspflege in Deutschland

Sämtliche Erfahrungen, die Kinder und Jugendliche in ihren frühen Lebensjahren durchlaufen sind untrennbar mit gesundheitlichen und bildungsbezogenen Outcomes verbunden (Laforêt-Fliesser 2013). Gleichzeitig bedeutet eine wechselseitige Beeinflussung von sozialen Lebensbedingungen und Gesundheit auch, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen den Gesundheitszustand der Gesellschaft, in der sie leben, reflektiert und diesen sogar auch vorher sagt. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Gewohnheiten werden während der Kindheit und Adoleszenz gelernt und gefestigt und auch wenn sich ein Großteil der Kinder und Jugendlichen in guter Gesundheit befindet, zeigt sich ein entwicklungsgemäßer Anstieg von risikoreichem Verhalten im Laufe des Heranwachsens, welcher, ohne angemessene Unterstützung, zu unerwünschten Konsequenzen im Erwachsenenalter führen kann (RKI 2008, Ellert 2014, Krause 2017). Die besonders hohe Vulnerabilität dieser Bevölkerungsgruppe steht im Mittelpunkt zahlreicher Präventionsansätze und ist aus vielen Feldern der Gesundheitspolitik nicht mehr wegzudenken. So wurde 2003 der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gegründet, welcher 66 Partnerorganisationen¹ umfasst und fachliches, wissenschaftliches und praktisches Wissen zusammenträgt sowie in der täglichen Arbeit realisiert, um Prävention und Gesundheitsförderung auch in schwierigen Lebenslagen wirksam zu stärken (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit o. J.). „Gesundes aufwachsen“ wurde darüber hinaus 2009 als nationales Gesundheitsziel vom Bundesministerium für Gesundheit priorisiert (BMG 2010).

Epidemiologische Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind aufgrund ihrer hohen gesellschaftlichen Relevanz mittlerweile fester Bestandteil der

¹ Zu den wichtigsten Partnern des Verbunds zählen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, die Wohlfahrtspflege und die Kommunen, die Bundesvereinigung und Landesvereinigungen für Gesundheit, Bundesverbände der Ärzteschaft, die Bundesagentur für Arbeit sowie wissenschaftliche Einrichtungen.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Auch die vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene bundesweite Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Berliner Robert-Koch-Instituts erhebt in Form standardisierter telefonischer Befragungen regelmäßig Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen. Einer *Basiserhebung* von n=17.641 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren (von 2003 bis 2006) folgten eine *erste Folgebefragung (Welle 1)* von n=12.368 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 24 Jahren (von 2009 bis 2012) und eine *zweite Folgebefragung (Welle 2)* von (geplant) n=23.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 29 Jahren, deren Ergebnisse im Frühjahr 2018 erwartet werden.

Die aktuellen Ergebnisse (KiGGS Welle 1) weisen auf einen sehr guten bis guten *allgemeinen Gesundheitszustand* der Kinder und Jugendlichen nach Einschätzung von 94 Prozent der befragten Eltern hin. Auch die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* wird überwiegend positiv bewertet. Körperliche Erkrankungen, Schmerzen oder psychische Auffälligkeiten wirken sich jedoch negativ auf die Lebensqualität aus. Zudem hat der *sozioökonomische Status* der Familien einen Einfluss auf den Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Nach Angaben der Eltern haben 16 Prozent der Kinder und Jugendlichen ein *chronisches Gesundheitsproblem*. Zu den häufigsten Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zählen *Allergien* (darunter Heuschnupfen, Neurodermitis oder Asthma bronchiale). *Unfallbedingte Verletzungen* werden von den Autoren der KiGGS-Studie als eine der größten Gesundheitsgefahren für Kinder und Jugendliche bewertet. Jungen (17 %) sind davon häufiger betroffen als Mädchen (14 %). Hinweise auf *psychische Störungen* wurden bei 20,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren festgestellt und belasten sowohl die Betroffenen, als auch die Familien und das soziale Umfeld. Auch hier sind Jungen (23,4 %) häufiger als Mädchen (16,9 %) betroffen und es zeigt sich eine Abhängigkeit vom (niedrigen) sozialen Status. Die sozialen Unterschiede sind auch beim *Rauchverhalten* zu beobachten. So rauchen Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozialem Status häufiger regelmäßig als Gleichaltrige mit höherem sozialen Status. Ein *riskanter Alkoholkonsum* ist bei 15,8 Prozent der Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren zu beobachten. Insgesamt 77,5 Prozent der 3 bis 17-Jährigen treiben regelmäßig Sport. Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozialem Status sind seltener sportlich aktiv und weniger häufig in Sportvereinen (RKI 2014).

Analog zum Morbiditätswandel in der Allgemeinbevölkerung gibt es auch in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen einen Anstieg von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, darunter affektive Störungen, Angsterkrankungen oder Zwangs- und Essstörungen (Beerbom 2010, Bilz 2008). Diese Phänomene sind nicht, wie häufig angenommen, altersbedingte Gemütsschwankungen, sondern erstzunehmende Krankheitsbilder, welche ein hohes Chronifizierungsrisiko bergen (Klasen 2017). In einer repräsentativen Unterstichprobe der KiGGS-Studie (BELLA Studie) wurden n=2.863 Familien mit Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahren tiefergehend zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten befragt. Insgesamt wiesen 21,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf *psychische Auffälligkeiten* auf. Spezifische psychische Auffälligkeiten waren *Ängste* (10 %), *Störungen des Sozialverhaltens* (7,6 %) und *Depressionen* (5,4 %). Relevante Risikofaktoren waren ein ungünstiges Familienklima und ein niedriger sozioökonomischer Status. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher ist deutlich eingeschränkt (Ravens-Sieberer 2007).

Ein weiteres ernstzunehmendes Gesundheitsproblem, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, sind lebensstilinduzierte Erkrankungen wie Übergewicht und Adipositas. Gemäß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung stellen diese „(...) eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen im 21. Jahrhundert dar.“ (DGE 2006). In einem vertiefenden Modul zum Ernährungsverhalten (EsKiMo, n=2506) wurden im Rahmen der KiGGS-Studie Eltern der teilnehmenden Kinder von 6 bis 11 Jahren gebeten, gemeinsam ein 3-Tage-Verzehrprotokoll auszufüllen. Die älteren Kinder (12 bis 17 Jahre) wurden persönlich zu ihrer Ernährung befragt. Die Verzehrsempfehlungen für fettreiche, tierische Lebensmittel wie

Fleisch, Fleischwaren und Wurst werden von den meisten Kindern und Jugendlichen überschritten. Dagegen sollte der Konsum von *Obst und Gemüse* sowie von *kohlenhydratreichen Lebensmitteln* (Brot, Kartoffeln, Nudeln, Reis) von den meisten Kindern gesteigert werden. Der Konsum von sogenannten „geduldeten“ *Lebensmitteln*, wie Süßigkeiten, Knabberartikeln oder Limonade liegt deutlich über den empfohlenen Mengen. Fast alle befragten Jugendlichen (96 %) haben im Bezugszeitraum von den vergangenen vier Wochen mindestens einmal Fastfood gegessen.

Die Befunde der KIGGS-Studie zeigen einen dringenden Handlungsbedarf sowohl im Bereich der Gesundheitsförderung als auch bei Früherkennung und Abmilderung von gesundheitlichen Risiken bei Kindern und Jugendlichen.

In der gesundheitswissenschaftlichen Forschung wie auch in gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern wird häufig das Phänomen des „Präventionsdilemmas“ oder des „Präventionsparadoxons“ beobachtet (Bauer 2005). Es beschreibt die erschwerte Erreichbarkeit von sozial deprivierten Gruppen – etwa Familien mit Migrationshintergrund, Menschen mit geringem Einkommens- und/ oder Bildungsstand, alleinerziehende Elternteile – die gleichzeitig einen erhöhten Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung aufweisen, da sich bei ihnen nicht selten soziale und/ oder Gesundheitsrisiken kumulieren. Gesundheitliche und gesellschaftliche Ungleichheit können dadurch verstärkt werden, dass Menschen in privilegierten gesellschaftlichen Positionen und mit geringeren Gesundheitsrisiken häufiger von Präventionsangeboten angesprochen und erreicht werden („Mittelschichtorientierung“) und diese auch häufiger in Anspruch nehmen (Kühn & Rosenbrock 2009; Bauer & Bittlingmayer 2005; Rosenbrock & Kümpers 2006; Schnabel 2008).

Bei der Konzeption und Umsetzung von sozialen und gesundheitsbezogenen Präventionsangeboten werden daher verschiedene Strategien zur aktiven Überwindung sozialer Ungleichheit und potentieller Zugangsbarrieren diskutiert und erprobt. Zum einen versucht der *Settingansatz*, die gesundheitsbezogenen Angebote an der Lebenswelt bzw. dem Sozialraum der Zielgruppen zu orientieren (Hurrelmann & Laaser 2006; Schnabel 2008). Zum anderen werden die Angebote bewusst an *zielgruppenspezifischen Bedarfen* ausgerichtet (BZgA 2007; Mielck 2006).

Um gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit möglichst früh und damit effektiv begegnen zu können, sollten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung schon frühzeitig im Lebensverlauf greifen, das heißt, schon im Kindes- und Jugendalter (BZgA 2012). In diesen frühen Lebensjahren bestehen noch gute Möglichkeiten, Gesundheitschancen zu beeinflussen. Bleiben entsprechende Interventionen aus, erhöhen sich die Risiken für eine Chronifizierung gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder die Entstehung von Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter (Bergmann 2008; Ellert et al. 2014).

2. Anforderungen und Strukturen

Auf den Erhalt und die Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen sollte über verschiedene Zugangswege Einfluss genommen werden, denn auch die Erklärungsansätze für gesundheitliche Probleme sind multifaktoriell und verlangen somit nach multiprofessionellen Konzepten und Versorgungsangeboten.

Von zentraler Bedeutung sind die sozialen Lebensbedingungen unter denen Kinder und Jugendliche in unserer Gesellschaft aufwachsen. Wichtige erklärende Faktoren für erhöhte Gesundheitsrisiken von sozial benachteiligten Kindern sind die Lebenslagen der Eltern: darunter Umstände wie Arbeitslosigkeit, geringe formale Bildung, alleinerziehende Elternteile, Migrationshintergrund, mehrere Kinder, psychische Erkrankung der Eltern – jeweils bei gleichzeitiger materieller Armut (SVR 2009). Nach jüngsten Veröffentlichungen der Bertelsmann Stiftung leben 21 Prozent aller Kinder in Deutschland dauerhaft oder wiederkehrend in Armutslagen (Bertels-

mann 2017). Verzicht und Mangel sowohl bezogen auf materielle Güter als auch auf eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben haben langfristige Folgen sowohl auf die Gesundheit als auch die Bildungschancen.

Eltern mit Geldsorgen leiden unter Stress und anderen psychosozialen Belastungsreaktionen und viele Kinder aus armen Familien haben Gewalt- oder Vernachlässigungserfahrungen. Dauerstress im Elternhaus kann sich auf das Immunsystem auswirken. Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben oft ein niedrigeres Geburtsgewicht, sind häufiger krank und zeigen ein geringeres Selbstvertrauen. Bei Einschulungsuntersuchungen fällt auf, dass Kinder aus armen Familien Defizite in der Sprachentwicklung und einen geringen Wortschatz, sowie häufiger eine fehlende Augen-Hand-Koordination ausweisen (Klundt 2015).

Neben diesen gesellschaftlich ungleichen Lebensbedingungen ist die erfolgreiche Bewältigung von in den einzelnen Phasen des Kindes- und Jugendalters anstehenden Entwicklungsaufgaben eine weitere Determinante der Gesundheit und des Wohlbefindens sowie den daraus resultierenden Verwirklichungschancen (SVR 2009). Neben einer allgemeinen Verbesserung der materiellen Lage werden zielgruppenspezifische Unterstützungs- und Bildungsangebote benötigt, um auf bestehende Defizite präventiv oder kompensatorisch einwirken zu können.

2.1 Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung durch Schulen

In der Lebenswelt Schule kommen Kinder und Jugendliche aus allen gesellschaftlichen Milieus zusammen und sind dort, im Sinne des Settingansatzes, gut für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen erreichbar. Im Grundlagenpapier des Hessischen Kultusministeriums Schule und Gesundheit 2002 – 2008 wird zusammengefasst, „dass Schule zwar eine der wichtigsten ‚Sozialisierungsagenturen‘ der Gesellschaft ist, aber es gelingt ihr nur bedingt, das Thema ‚Gesundheit‘ für Schüler*innen handlungsrelevant und alltagstauglich zu vermitteln und für Lehrkräfte vorlebbar und möglich zu machen. Im Gegenteil: Schule scheint selbst ein Arbeitsplatz und Lebensraum zu sein, der für viele Kinder und Jugendliche wie Lehrerinnen und Lehrer hoch belastend und in Form von Dauerstress zuweilen auch krankmachend wirkt“ (HKM o. J.: 3). Zudem fordert die UN-Behindertenrechtskonvention, die von der Bundesregierung 2009 ratifiziert wurde, in Artikel 24 eine *inklusive Bildung*, also das Vorhalten eines integrativen Bildungssystems in Grund- und weiterführenden Schulen und somit die Möglichkeit zur Teilhabe *aller* Kinder (also auch Kinder mit erhöhtem gesundheitlichen Versorgungs-, Unterstützungs- und Begleitungsbedarf) am Bildungssystem (UN-Behindertenrechtskonvention 2017, Dillmann 2015).

Die Positionen zu einem inklusiven Schulsystem sind innerhalb der Vertreter*innen und Akteur*innen des Schulsystems widersprüchlich. So unterstützt beispielsweise die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Hessen (GEW) in einem Grundsatzbeschluss ihres Landesvorstands vom April 2011 die Forderung nach einem inklusiven Schulsystem und damit der Abschaffung von Parallelsystemen (Förderschulen und allgemeinbildenden Schulen) mit dem Ziel allen Schüler*innen ihren Anspruch auf volle gesellschaftliche Teilhabe zu verwirklichen. Dazu zählen auch jene Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten (sonderpädagogischen) Förderbedarf. Zwingende Voraussetzungen seien strukturelle Veränderungen innerhalb der Bildungseinrichtungen sowie ausreichende personelle und sächliche Ressourcen (GEW 2011). In diesem Zusammenhang wird auch gefordert, dass in einer inklusiven Schule „Bildung und Erziehung in einem institutionalisierten Zusammenwirken im Team von unterschiedlichen schulpädagogischen, (...), *pflegerischen und medizinischen Professionen* verwirklicht wird.“

Kritische Stimmen ziehen sechs Jahre später das Fazit, dass die Politik es weitgehend versäumt habe, die notwendigen Ressourcen bereit zu stellen, damit Inklusion gelingen kann. Es gäbe große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern und man müsse lernen, „mit diesen Ungleichzeitigkeiten“ umzugehen (Tepe 2017). Auch eine Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung deutet auf einen deutlichen Mehrbedarf an (sonder-)pädagogischen Fachkräften

sowie an Vollzeitlehrer*innen in den Regelschulen hin, um einen inklusiven Unterricht gewährleisten zu können (Klemm 2012).

Bis auf seltene Ausnahmen wird derzeit die Gesundheitsversorgung an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland durch Verwaltungs- und Lehrkräfte ausgeübt (DBfK 2014). So entscheiden oftmals Schulsekretärinnen, Hausmeister oder Lehrkräfte darüber, was zu tun sei und ob das Kind bei Unwohlsein oder nach kleinen Unfällen nach Hause geschickt wird (Kocks 2008, Dillmann 2015, AWO 2015). Gleiches gilt für gesundheitsförderliche oder präventive Angebote. Diese werden durch Schulsozialarbeiter*innen oder Lehrende vorgehalten. Krankheitslehre ist allerdings nicht Bestandteil eines Lehrerstudiums (Dillmann 2015).

Explizite Ansprechpartner*innen und Verantwortliche für gesundheitliche Fragen gibt es an deutschen Schulen somit also nicht, vielmehr sind die Verantwortlichkeiten in den jeweiligen landesrechtlichen Schulgesetzen geregelt und darin meist der Amtsärztin* dem Amtsarzt übergeben (Dillmann 2015). Ein (bereits neun Jahre zurückliegender) Vergleich der Schulgesetze der Länder im Hinblick auf Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesetzestext kommt zu der Einschätzung, dass einige Bundesländer Kernaufgaben von Public Health, im Sinne einer populationsbezogenen Gesundheitsförderung, bereits gesetzlich fixiert haben; hingegen andere, seit langem konservativ regierte Bundesländer, wie Bayern und Baden-Württemberg, eher als „präventionsfern“ einzustufen sind (Niehues 2006). Die beiden an diesem Projekt beteiligten Bundesländer belegen eher die vorderen Rangplätze: Brandenburg (nach Berlin) den zweiten Rang und Hessen den fünften Rang (Niehues 2006).

Ein Erlass des Hessischen Kultusministeriums vom April 2015 zur „Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen an Schulen“ reagiert auf den steigenden Anteil von Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung, die während der Schulzeit medizinisch versorgt werden müssen. Demnach dürfen (nicht invasive) „Maßnahmen der ärztlich verordneten medizinischen Versorgung“ von geschulten Laien durchgeführt werden. Hierunter fallen z.B. die Gabe von Tabletten, Zäpfchen, Sprays, Tropfen oder die Insulingabe mittels eines Pens oder einer Insulinpumpe. Den *Hilfsmaßnahmen* stehen „medizinische Maßnahmen“ gegenüber, die, laut Erlass, nur von medizinischem Fach- oder Pflegepersonal durchgeführt werden dürfen (HKM 2015).

In Brandenburg hat das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBJS) ebenfalls in einem Rundschreiben vom Mai 2017 versucht, auf die Handlungs- und Rechtssicherheit im Umgang mit „chronisch kranken Schüler*innen, die während der Anwesenheit in der Schule medizinische Versorgung beanspruchen müssen“ einzuwirken. Demnach zählen die Verabreichung von Medikamenten und andere medizinische Hilfsmaßnahmen ausdrücklich nicht zu den Aufgaben der Lehrkräfte. Stellt der Schulträger sonstiges Personal zur Verfügung – etwa im therapeutischen oder pflegerischen (Zuständigkeits-)Bereich, können diese mit einer entsprechenden Vereinbarung medizinische Maßnahmen übernehmen (MBJS 2017).

2.2 Prävention und Gesundheitsförderung durch außerschulische Anbieter

Der Mangel an innerschulischen Angeboten zu Prävention und Gesundheitsförderung wird oftmals durch lokale Einzelprojekte und Initiativen außerschulischer Anbieter kompensiert (Kocks 2008). Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen gibt es in Deutschland sowohl von staatlichen Akteur*innen auf Bundes- und Landesebene, als auch von nichtstaatlichen Akteur*innen, vor allem von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Nichtregierungsorganisationen (NGOs). Im Fokus der staatlichen Präventionsbemühungen stehen die Problembereiche Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung (SVR 2009). Einen Gesamtüberblick über die nicht-medizinischen präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen in Deutschland zu bekommen, erscheint unmöglich, da die diversen bundesweiten Aktivitäten und Projekte nicht systematisch recherchierbar sind. Die Projektdatenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung präsentiert immerhin rund 800 Projekte in dem

Handlungsfeld „Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen“, wovon 57 Projekte als *good practice* Projekte identifiziert wurden. Generelle Handlungsempfehlungen der Kooperationspartner im Verbund „gesundheitliche Chancengleichheit“ befürworten in möglichst frühen Lebensphasen ansetzende Präventionsprogramme, eine Verzahnung von unterschiedlichen Akteur*innen und kontinuierliche Programme über die verschiedenen Entwicklungsphasen hinweg, also die Realisierung von kommunalen Präventionsketten (BZgA 2017). Darüber hinaus werden von gesundheitswissenschaftlichen Expert*innen Strategien, welche in der Lebenswelt der Betroffenen (bzw. Gefährdeten) ansetzen und eine Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Angeboten anbieten, als besonders wirksam und nachhaltig eingestuft (BZgA 2012, SVR 2009).

2.3 Versorgung von chronisch kranken Kindern

Die von der AOK geförderte Kindernetzwerkstudie untersuchte die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland (Kofahl 2014). Die Befragung von fast 1.600 Eltern ergab Defizite hinsichtlich der Information und Beratung; so kämen die Informationen über die Erkrankung oftmals zu spät und seien unzureichend. Zudem erhielten die Familien kaum Hinweise auf psychologische Unterstützung und sie verfügten über unzureichende Kenntnisse bezüglich ihrer rechtlichen Ansprüche (z.B. Familienentlastung, Frühförderung, Inklusion, Therapien). Die Familien leiden sowohl unter finanziellen, innerfamiliären als auch sozialen Belastungen, welche nicht selten auch gesundheitliche Folgen auf Seiten der Eltern mit sich bringen.

Die medizinische Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen findet in Deutschland überwiegend durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, gegebenenfalls auch mit einer Subspezialisierung, durch Schwerpunktambulanzen im Krankenhaus bzw. Hochschulambulanzen in Universitätskliniken, durch die ambulante spezialärztliche Versorgung (§116b SGB V) z.B. in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), welche Versorgungsangebote von mehreren pädiatrischen Subdisziplinen, Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegenden bereithalten, statt.

Die ambulante pflegerische Versorgung von chronisch kranken Kindern übernehmen in Deutschland ambulante pädiatrische Pflegedienste mit rund 8.000 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden. Zu den Leistungen der ambulanten pädiatrischen Pflege zählen neben den traditionellen pädiatrischen Pflegeinterventionen auch die Palliativpflege, Kindergarten- und Schulbegleitung sowie Anleitung, Schulung und Unterstützung der Eltern und Angehörigen (BeKD 2017).

2.4 Gesundheitsförderliche Potentiale im Setting Schule

Mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes (PrävG) im Jahr 2015 wurde das gesundheitspolitische Ziel verfolgt, Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung strategischer und flächendeckender umzusetzen. Die Krankenkassen sollen dafür ihr Leistungsangebot ausweiten, zugleich sollen aber auch die Aktivitäten weiterer Akteur*innen der Gesundheitsförderung unterstützt und miteinander verzahnt werden. Zentrale Ziele des Präventionsgesetzes im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit sind neben der Ausweitung der Früherkennungsuntersuchungen und Verbesserung der Impfquoten auch, die Schaffung gesunder Lebenswelten. Die Bedeutung, die der Stärkung der Lebenswelten zugemessen wird, lässt sich auch an der monetären Ausstattung geplanter Investitionen ablesen. So sollen die Kranken- und Pflegekassen jährlich 500 Millionen Euro für Gesundheitsförderung und Prävention investieren, davon mehr als die Hälfte (300 Millionen Euro) in die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten, wie Kita, Schule, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen (PrävG 2015).

Im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit ist das Setting Schule eine bedeutende Komponente sowohl in Erklärungsansätzen zur Entstehung gesundheitlicher Störungen (z.B. psychische Störungen) als auch bei der Umsetzung geeigneter Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention. Schulen sind Institutionen, in denen Kinder und Jugendliche viel Zeit verbringen und die dadurch zu einem relevanten Bestandteil ihrer Lebenswelt geworden sind. Schulen sind, neben dem Elternhaus, wichtige Sozialisationsinstanzen für die Heranwachsenden, die dort entwicklungs- und gesundheitsbezogene Primärerfahrungen sammeln sowie Verhaltensweisen, Präferenzstrukturen sowie Deutungs- und Reaktionsmuster entwickeln können. Da sich alle (schulpflichtigen) Kinder und Jugendliche oftmals ganztägig in Schulen aufhalten, bestimmen diese als Umgebungsfaktor maßgeblich die *gesundheitlichen Verhältnisse*, in denen gelernt, geliebt, gespielt und gelebt wird (in Anlehnung an die Ottawa-Charta Gesundheitsförderung 1986). Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention werden demnach vor allem dann wirksam, wenn sie in der Lebenswelt der Schüler*innen verankert und fester Bestandteil der Schulentwicklung werden (KMK 2012). Zudem sind in Schulen alle (schulpflichtigen) Kinder und Jugendlichen erreichbar, haben also gleiche Zugangsbedingungen zu den Gesundheitsleistungen, die dort angeboten werden. Als Bildungseinrichtungen sind Schulen außerdem ein adäquater Lernort für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy).

3. Schulgesundheitspflege im (inter-)nationalen Kontext

3.1 Konzeptuelle Einordnung von Schulgesundheitspflege

Die Schulgesundheitspflege kann als *eine*, in diesem Fall die pflegerische, Komponente eines organisationsgebundenen Konzepts, nämlich des Konzepts der gesundheitsfördernden (oder „gesunden“) Schule, verstanden werden. Sie befindet sich an der Schnittstelle zweier gesellschaftlicher Systeme, dem Gesundheitswesen und dem Bildungssystem. Sie verlässt somit die Grenzen der traditionellen Institutionen der Gesundheitsversorgung und wird in neue Systeme und Institutionen integriert, vorrangig mit den Zielen Gesundheitsrisiken abzuwenden, Gesundheit zu fördern sowie zu erhalten und (in unterschiedlichem Ausmaß) auch um Gesundheitsversorgungsleistungen anzubieten. Im Fokus der Bemühungen stehen, je nach Zielstellung, entweder Individuen, Populationen oder Umgebungsfaktoren (Systeme, Verhältnisse im Setting).

Gesunde Schule im nationalen Kontext

In Deutschland fanden sich bisher vor allem Bemühungen von Vertretern der Bildungsverwaltung und Bildungspolitik im Hinblick auf „Gesundheitsförderung und Schulische Prävention“, etwa in den Empfehlungen im Beschluss der Kultusministerkonferenz vom November 2012. Darin werden beispielsweise Themen und Handlungsfelder zur schulischen Gesundheitsförderung und Prävention benannt, darunter Ernährungs- und Verbraucherbildung, einschließlich Schulverpflegung; Bewegungs-, Spiel und Sportförderung; Sexualerziehung und Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten; Hygieneerziehung und Schutz vor übertragbaren Krankheiten; Prävention von Abhängigkeitsverhalten; Mobbingprävention und soziales Lernen; Stressprävention und Selbstmanagement; Lern- und Arbeitsplatzgestaltung sowie Gesundheitsmanagement; Gesundheit der Lehrkräfte und des sonstigen schulischen Personals; Lärmprävention; Sicherheitsförderung und Unfallschutz; sowie Spiel- und Ruhebereiche in Gebäuden und Schulhöfen. Bei den Empfehlungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule wird unter anderem auf die Notwendigkeit von Lehrerfortbildung, die Kooperation mit außerschulischen Partnern (z.B. Krankenkassen oder die BZgA) und auf die Beteiligung der Schulen an landesspezifischen und länderübergreifenden Programmen verwiesen (KMK 2012).

Im Land Brandenburg gab es bereits diverse von Krankenkassen geförderte Programme, wovon einige exemplarisch hier genannt werden sollen:

- Programm „gute gesunde Schule“ in 16 Schulen in Brandenburg, gefördert von der DAK, durchgeführt vom Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften (ZAGG), Themenschwerpunkte u.a. Übergewicht, motorische Defizite, psychische Probleme.
- Programm „Gute gesunde Schule“, gefördert von der TK, Themenschwerpunkte u.a. Bewegung, Suchtprävention und Stressbewältigung.
- Landesprogramm für die gute gesunde Schule; gefördert von der AOK Nordost, Themenschwerpunkte u.a. Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtprävention.

Im Land Hessen haben Schulen die Möglichkeit, ein Gesamtzertifikat „Gesundheitsfördernde Schule“ vom Hessischen Kultusministerium zu erhalten. „Die gesundheitsfördernde Schule ist eine Schule, die der Gesundheit eine zentrale Bedeutung im schulischen Alltag einräumt“ (HKM 2010, S.2). Durch den Zertifizierungsprozess soll ein Schulentwicklungsprozess eingeleitet werden, der unter anderem das Ziel verfolgt, „das Schulklima als Quelle von Leistung und Wohlbefinden zu verbessern“ (HKM 2010, S. 2). Dabei bietet der Hessische Referenzrahmen für Schulqualität (HRS) das Bezugssystem für die Qualitätsbereiche schulischer Entwicklung (HKM 2010).

Gesunde Schule im internationalen Kontext

In vielen Ländern, darunter Schweden, Finnland, Großbritannien, Kanada, USA, Australien, China, Korea wird die Gesundheitsförderung von Schüler*innen in den Verantwortungsbereich der Schulen gelegt und von spezialisierten Pflegekräften im Setting unterstützt. Im Wesentlichen beinhaltet die Konzepte zur Förderung einer gesunden Schule, welche seit Beginn des 20. Jahrhunderts publiziert werden, drei Komponenten: die Gesundheitsbildung (health education), die (gesunde) Schulumgebung (school environment) und die Gesundheitsversorgung (health services). Im Laufe der Jahre gab es auf konzeptueller Ebene einige Weiterentwicklungen und so werden heute, beispielsweise in dem WSCC- Modell (Whole School, Whole Community, Whole Child Model), insgesamt zehn Komponenten benannt (Birch 2015). Angefangen von Gesundheitsbildung und Gesundheitsversorgung (der Schüler*innen) aber auch einer unspezifischen Gesundheitsförderung beim Kollegium, werden konkrete gesundheitsrelevante Maßnahmen benannt, darunter körperliche Aktivität und ein Ernährungskonzept. Darüber hinaus werden auch psychosoziale Aspekte abgebildet, zum einen psychologische und soziale Unterstützung und Beratung zum anderen die Förderung eines gesunden sozialen und emotionalen Klimas in der Schule. Ergänzend werden weitere Systeme in dem Modell erwähnt, so sollen Familien gestärkt und die lokale Umgebung einbezogen werden. Dieses Modell legitimiert sowohl individuenzentrierte Interventionen, populationsbezogene Strategien als auch eine weitreichende Einflussnahme auf die gesundheitsrelevanten Aspekte im Setting Schule. Um diesen sehr umfassenden und ganzheitlichen Ansatz umsetzen und besonders um dessen volles präventives Potential erreichen zu können, muss ein *gemeinschaftliches* und *interprofessionelles* Handeln verschiedener Akteur*innen innerhalb und außerhalb der Schule stattfinden. Die Aktivitäten im Rahmen von Schulgesundheitspflege sind nur ein Aspekt davon.

Da in Deutschland das Berufsprofil der Schulgesundheitspflege noch nicht bzw. kaum bekannt respektive etabliert ist, werden im Folgenden zwei internationale Modelle vorgestellt.

School Nursing nach NASN

Die US-amerikanische Fachgesellschaft der Schulgesundheitspflegenden (National Association of School Nurses, NASN) nimmt Bezug auf das WSCC-Modell und benennt in ihrem Grundkonzept fünf nicht-hierarchische und sich zum Teil überlappende Aufgabenfelder der Schulgesundheitspflege (NASN 2015).

Koordinierung der Versorgung (care coordination)

Zu diesem Aufgabenbereich gehört ein strukturiertes Assessment mit welchem die Bedürfnisse/ Bedarfe der Schüler*innen sowie ihrer Familien erfasst werden. Daraus resultieren In-

erventionen wie z.B. ein individuelles Case-Management, ein Management chronischer Erkrankungen, interprofessionelle Absprachen mit Akteur*innen *in* der Schule (vorrangig Lehrer*innen) sowie *außerhalb* der Schule (Ärztinnen und Ärzte, Vereine, NGOs), motivierende und beratende Gesprächsangebote, aber auch die direkte Pflege/ Krankenversorgung sowie im Bedarfsfall die Delegation von pflegerischen Tätigkeiten.

Führungsposition in gesundheitlichen Fragen (leadership)

Dieser Aufgabenbereich bezeichnet mehr eine inhaltliche und weniger eine formale Führungsrolle der Schulgesundheitspflegenden, da diese oftmals die einzigen Gesundheitsfachkräfte innerhalb der Schule sind. Somit können sie gesundheitsbezogene Schulentwicklungsprozesse und Initiativen steuern und begleiten. Geeignete Instrumente und Strategien sind unter anderem gesundheitsrelevante Problemlösungen (z.B. Vermittlung von Fertigkeiten, Steigerung des Selbstmanagements), Kommunikation über Gesundheitsthemen (im interprofessionellen Team), Grundsatzentwicklungen zu gesundheitlichen Fragen (Implementierung von gesundheitsfördernden Standards innerhalb der Schule), schulinterne Reformen zu Gesundheits- oder Bildungsaufgaben (Verantwortlichkeiten oder Umgebungsfaktoren betreffend), lebenslanges (technologiegestütztes) Lernen (aller in der Schule Beschäftigten, elektronische Datensammlung), Führungsaufgaben auf Systemebene (sowohl Gesundheits- als auch Bildungssystem) und Professionsentwicklung (dazu zählen unter anderem Verantwortungsübernahme, Expertise, Problemlösungskompetenz, interprofessionelle Zusammenarbeit, vorausschauendes Handeln, professionelles Auftreten, Evidenzbasierung).

Qualitätsverbesserung (quality improvement)

Die Qualitätsentwicklung bezieht sich auf messbare Verbesserungen und Ergebnisse und sollte kontinuierlicher Bestandteil der Versorgungsabläufe sein. Im Kern sollen Aktivitäten identifiziert werden, die (die größte) Wirkung auf die Gesundheit der Schüler*innen haben. Etablierte Methoden einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung sind (elektronische) Datensammlung (darunter Dokumentation der Pflegeinterventionen, Führen von Gesundheitsakten), ein möglichst landesweit einheitlicher Datensatz, um Austausch und Entwicklung (bis hin zu Forschung) zu fördern, Evaluation der eingeleiteten Aktivitäten im Hinblick auf bedeutsame gesundheitliche und bildungsbezogene Ergebnisse.

Gemeindearbeit/ Public Health (community/ public health)

Zum beruflichen Selbstverständnis der Schulgesundheitspflegenden der NASN gehören auch gemeindebezogene Aufgaben im Sinne eines Public Health Nursing. Dazu zählen populationsbezogene Interventionen, alle Bereiche der Prävention, Adressierung von sozialen Determinanten von Gesundheit, Fragen des (erschwerten oder fehlenden) Zugangs zum Gesundheitssystem und dessen Leistungen, kultursensible Kompetenz, Umweltfaktoren mit Einfluss auf die Gesundheit und ein epidemiologisches Monitoring (inkl. frühzeitiges Identifizieren von Risikogruppen).

Professionelle Standards (standards of practice)

Zum professionellen Paradigma der Schulgesundheitspflege gehören grundlegende Aspekte, darunter Vorhalten klinischer Kompetenz, Einhaltung klinischer Leitlinien, Verpflichtung innerhalb eines ethischen Kodex, kritisches Denken und Einhaltung der Grundpositionen der Fachgesellschaft.

School Health Professionals aus Sicht der WHO

Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) partizipativ und konsensorientiert entwickelte Europäische Rahmenkonzept für eine schulische Gesundheitsversorgung war eine wichtige und explizite Referenz bei der Erarbeitung des AWO-Curriculums nach welchem die Schulgesundheitspflegenden im hier evaluierten Projekt weitergebildet wurden. Es definiert sieben Standards und die benötigten Kompetenzen einer „Schulgesundheitsfachkraft“ und kann an die

länderspezifischen Besonderheiten in Bezug auf prioritäre Gesundheitsziele und die jeweilige Ausgestaltung des Gesundheitssystems angepasst werden (WHO 2014). Zudem beschreibt das Rahmenkonzept sieben nicht hierarchische und sich überlappende Rollen einer „Schulgesundheitsfachkraft“ mit den dazu gehörigen Kompetenzen (siehe Anhang III) (WHO 2014).

Schulgesundheitsexpert*in (school health expert)

Als Schnittmenge der anderen sechs Rollen steht der*die Schulgesundheitsexpert*in im Mittelpunkt des Modells. Neben konzeptuellem Wissen zu Gesundheitsförderung und Prävention gehören zu dieser Rollenfunktion effektives Handeln in gesundheitsrelevanten Bereichen (z.B. Ernährung oder Bewegung), Kenntnisse über altersspezifische Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen, Risikoeinschätzung, Beurteilung des individuellen Gesundheitsstatus, Kenntnisse über die Auswirkungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Lernerfolge.

Gesprächsführer*in (communicator)

Die Rollenfunktion der Gesprächsführer*in des Gesprächsführers umfasst respektvolle und nicht-wertende Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen und Eltern, Motivation und Empowerment der Kinder und Eltern, um „gesunde Entscheidungen“ (*healthy choices*) zu treffen sowie die Kommunikation mit anderen Akteur*innen innerhalb und außerhalb der Schule.

Mitglied eines interprofessionellen Teams (collaborator)

Die*der Schulgesundheitsexpert*in ist Teil eines multidisziplinären und interprofessionellen Teams und agiert über Sektorengrenzen hinweg auf lokaler und regionaler Ebene, um gesundheitspolitische Ziele für Kinder und Jugendliche umzusetzen.

Manager*in (manager)

Als Manager*in verfügt die*der Schulgesundheitsexpert*in über Systemkenntnisse bezogen auf gesundheitsförderliche Strukturen und Organisationen in der Region, sie*er ist in der Lage notwendige Maßnahmen zu planen und zu koordinieren.

Gesundheitsfürsprecher*in (health advocate)

Die Rolle der Gesundheitsfürsprecher*in des Gesundheitsfürsprechers umfasst die Priorisierung von gesundheitsfördernden Aktivitäten sowohl mit Bezug auf Individuen als auch auf Populationen. Es werden Gesundheitsrisiken und protektive Faktoren identifiziert, partizipative Ansätze verfolgt, Bedürfnisse, Lebensumstände und weitere gesundheitliche Determinanten erhoben, um daraus politische Forderungen abzuleiten.

Wissenschaftler*in (scholar)

Für die Funktion der Wissenschaftlerin*des Wissenschaftlers werden eine hohe Lernbereitschaft, gesundheits-wissenschaftliche Kenntnisse und Arbeitstechniken, darunter epidemiologisch relevante Datenerfassung, Monitoring und Dateninterpretation, sowie ein Beitrag zur nationalen und regionalen Forschung erwartet.

Expert*in (professional)

Für die Erfüllung dieser Rollenfunktion wird auf die UN Kinderechtskonvention, medizinisch-ethische Prinzipien, rechtliche Normen und Werte verwiesen. Das professionelle Handeln soll Diskriminierung vorbeugen und allen Schüler*innen einen gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten.

Schulgesundheitspflege aus Sicht des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

In Deutschland hat sich der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK e.V.) ebenfalls intensiv mit zukunftsweisenden potentiellen pflegerischen Handlungsfeldern im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention auseinandergesetzt und benennt dafür vier Handlungsfelder, darunter Familiengesundheitspflege, Schulgesundheitspflege, Public Health Nursing und

Primärprävention nach SGB V (DBfK 2011, 2014). Das Tätigkeitsspektrum der Schulgesundheitspflege enthält sowohl Individuen zentrierte, populationsbezogene als auch systembezogene Maßnahmen in den Handlungsfeldern Gesundheitsversorgung, pflegerische Unterstützung und Begleitung, Diagnostik/ Assessment, Beratung und Information sowie Umgebungsgestaltung (DBfK 2011).

3.2 Institutionelle Anbindung

Im Kontext des jeweiligen Gesundheits- und Sozialsystems der verschiedenen Länder variiert auch die institutionelle Anbindung der Schulgesundheitspflegenden im internationalen Vergleich. So sind die schwedischen Schulgesundheitspflegenden integraler Bestandteil des schwedischen Gesundheitssystems, welches die Qualifikation und den Einsatz von Schulgesundheitspflegenden verantwortet. Zudem haben der schwedische Berufsverband für Schulgesundheitspflegende und der schwedische Berufsverband der Schulärzte*innen nationale Standards und Richtlinien für die praktische Arbeit in den Schulen entwickelt (Fagerholt 2009). In Großbritannien sind Schulgesundheitspflegende ebenfalls beim nationalen Gesundheitssystem angestellt und haben landesweite Richtlinien, Behandlungspfade für diverse schulische Gesundheitsprobleme und eine berufsständische Vertretung (RCN 2017). Den internationalen Modellen gemeinsam ist die strukturelle Einbindung der Schulgesundheitspflegenden in ein interdisziplinäres Gesundheitsteam mit Kooperationspartnern innerhalb und außerhalb der Schule.

3.3 Qualifikation von School Nurses

Entsprechend dem akademischen Qualifikationsniveau der Primärqualifizierung von Pflegenden (Bachelorabschluss/ Kompetenzlevel 6 des Europäischen Qualifikationsrahmens), wird auch international die Spezialisierung zur Schulgesundheitspflegenden meist durch ein gesundheitswissenschaftliches Studium erreicht (DH 2012). So sind beispielsweise in Großbritannien ein abgeschlossenes Pflegestudium (Bachelorlevel), eine Spezialisierung zur School Nurse und zwei Jahre Berufserfahrung Voraussetzung zur Übernahme dieser Aufgabe (DBfK 2014). Anschließend kann ein zweijähriges postgraduiertes Studium in School Nursing, Public Health oder Community Nursing absolviert werden.

Auch in Skandinavien ist die akademische Qualifizierung Standard. So werden in Finnland ein vierjähriges Public Health Studium und in Schweden ein dreijähriges Bachelorstudium, eine zweijährige Berufserfahrung und eine Spezialisierung beispielsweise zur District Nurse oder School Health Nurse vorausgesetzt (DBfK 2014).

In Deutschland wird der Reformstau sowohl in der beruflichen Pflegeausbildung als auch in der Weiterentwicklung pflegebezogener Studiengänge immer wieder beklagt (Darmann-Finck 2015). Dem entsprechend wird auch im Bereich des hier erprobten innovativen Berufsfeldes der Schulgesundheitspflege in Deutschland ein Sonderweg beschritten. Eine Vergleichbarkeit mit den international etablierten Konzepten, etwa hinsichtlich der Komplexität der wahrgenommenen Aufgaben, der Souveränität und Kompetenz in der Gestaltung und Ausübung der neuen Rolle, des Einflusses auf Forschung oder Politik wird aufgrund der niedrigen Qualifikation (800 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten theoretische Weiterbildung) eher nicht erwarten sein (AWO 2016).

3.4 Wirkung von School Nursing

Neben umfangreicher und eher grundlegender Literatur zur (konzeptuellen) Beschreibung von Schulgesundheitspflege, zum Rollenverständnis von School Nurses sowie zum Interventionspektrum (siehe 4.1) finden sich international einige empirische Studien, die sich mit der Wirkung von School Nursing beschäftigen. Eine aktuelle Literaturübersicht von Best et al. (2017) identifiziert 65 Studien, die die Anwendungen und Auswirkungen von schulpflegerischen Interventionen bewerten. Die Interventionen wurden gemäß dem NASN-framework kategorisiert,

wobei deutlich wurde, dass die Interventionen mehrheitlich der Kategorie „Koordinierung der Versorgung“ zuzuordnen sind. Hierunter fallen sowohl *Individuums bezogene* Aktivitäten, wie direkte Pflege von oder edukative Maßnahmen für einzelne Schüler im Rahmen des *Chronic Disease Managements*, als auch *teambezogene* Aktivitäten, wie *interprofessionelle Kommunikation* mit Schulpersonal oder Eltern und auch die *Koordination/ Steuerung von Versorgungsprozessen*, beispielsweise Implementierung eines *Case Managements* für Schüler mit Asthma und Diabetes.

Doch auch die anderen NASN-Kategorien wurden in Studien untersucht, darunter Aktivitäten der Kategorien „Führungsrolle (in gesundheitlichen Fragen)“, „Qualitätsverbesserung“ sowie „Gemeindearbeit/ Public Health“. Von den eingeschlossenen Studien berichteten auch 35 Primärstudien über die jeweils erzielten Outcomes, darunter 28 Studien zu gesundheitlichen, 2 Studien zu bildungsbezogenen und 5 Studien, die sowohl gesundheitliche als auch bildungsbezogene Outcomes erfassten. Beispiele für positive Outcomes sind häufig symptomspezifisch, wie geringere Asthmasymptome oder geringere Allergiereaktionen, betreffen aber auch das Selbstmanagement und Wissen, wie besseres pharmakologisches Wissen, verbesserte Einstellung zum Asthma oder Überzeugungsänderung (Best 2017).

4. Einordnung und Kommentar

Die in den internationalen Konzepten zur Schulgesundheitspflege benannten komplexen Aufgabenfelder und anspruchsvollen Rollenfunktionen erfordern fachliche, methodische, systembezogene und soziale Kompetenzen, ein professionelles Selbstverständnis, das Selbstorganisation und Entscheidungsmacht beinhaltet, welche langfristig aus wissenschaftlicher Sicht nur durch eine fundierte (hochschulische) Qualifikation erreicht werden können. Zudem scheint es notwendig, die hohen und vielfältigen Erwartungen an die Rolle der Schulgesundheitspflegenden mit den verfügbaren zeitlichen und personellen Ressourcen abzugleichen, um einer Überforderung vorzubeugen.

Das Rahmenkonzept der WHO hat in allen beschriebenen Aufgabenfeldern einen starken Fokus auf der Gesundheitsförderung und enthält eine Legitimation für die institutionenübergreifende Einflussnahme auf die (Mit-) Gestaltung von regionalen Lebensräumen. Diese Aufgabe kann nur wahrgenommen werden, wenn die entsprechenden Kompetenzen und Befugnisse für die Schulgesundheitspflegenden auch tatsächlich vorliegen.

Im hier zugrundeliegenden Weiterbildungscurriculum sind die Aufgaben der Schulgesundheitspflegenden allerdings bewusst auf die lokalen Gegebenheiten in Deutschland angepasst und entsprechend reduziert worden (vergleiche „Aufgabenbereiche einer Schulgesundheitsfachkraft“, S. 12 im Curriculum).

Welche Leistungen von den Schulgesundheitspflegenden im Modellprojekt tatsächlich erbracht werden und ob die entsprechenden Qualifikationen sich dabei als anforderungsgerecht erweisen, dürfte die Auswertung der Leistungsdokumentation zeigen.

III Evaluationskonzept

Da die konkreten Interventionen der Schulgesundheitspflegenden sich erst im Rahmen der Qualifizierungs- und Implementierungsmaßnahmen herausbilden und dann schrittweise konkretisiert werden, ist im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung und inhaltlichen Evaluation eine flexible Herangehensweise – im Sinne eines formativen Evaluationskonzepts – angebracht. Eine enge Kooperation mit den unterschiedlichen am Modellversuch beteiligten Interessens- und Akteursgruppen sowie mit externen Kooperationspartnern mit spezifischer Fachexpertise in Teilfragen des Vorhabens (Evaluationsbeirat) kennzeichnen die wissenschaftlichen Aktivitäten während der Evaluation.

Die Untersuchung erfolgt in den Evaluationsdimensionen *Kontext* (Schule als gesundheitsrelevantes Setting), *Input* (Schulgesundheitspflege als neues Element), *Prozess* (Interventionen der Schulgesundheitspflege) und *Ergebnis* (beobachtbare Effekte im Modellzeitraum).

1. Zielsetzung der Evaluation

Im Zentrum der wissenschaftlichen Aktivitäten stehen die Erfassung der Ausgangssituation, die Begleitung und Bewertung der Implementierungsprozesse sowie die Erfassung, Dokumentation und Bewertung der durch den Einsatz der Schulgesundheitspflegenden erzielten Wirkungen auf individueller und Systemebene. Darüber hinaus sollen grundlegende Erkenntnisse über hemmende und fördernde Faktoren des Einsatzes von Schulgesundheitspflegenden gewonnen und deren Beitrag zu einer „gesunden Schule“ gewürdigt werden.

Das quantitative Arbeitspaket dient insbesondere der Analyse der individuellen und institutionellen Voraussetzungen bei Implementationsbeginn zur Beschreibung der Evaluationsdimension *Kontext*. Im Sinne der formativen Evaluation können bereits implementationsbegleitend gesundheitliche Risiken und Potentiale sowie Versorgungslücken und -bedarfe identifiziert und Empfehlungen gegenüber den Projektverantwortlichen ausgesprochen werden, um so die definierten Zielsetzungen des Modellversuchs bestmöglich erreichen zu können. In einer summarischen Evaluation werden die gegen Ende der Modellphase auf individueller und Systemebene beobachteten Effekte der Schulgesundheitspflege einer ersten Einordnung und Bewertung unterzogen (*Ergebnis*). Darüber hinaus sollen sowohl das Tätigkeitsprofil der Schulgesundheitspflegenden als auch ihre Tätigkeitsschwerpunkte systematisiert werden (*Input*).

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Forschungsdesign

Für die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation wird ein Mixed-Methods-Designs realisiert, bei dem sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungs- und Auswertungsverfahren zur Anwendung kommen. Die unterschiedlichen Datenquellen werden miteinander in Beziehung gesetzt, allerdings wird aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit und der Komplexität der Maßnahmen auf eine Triangulation verzichtet.

Analyse der Ausgangslage

Das quantitative Arbeitspaket wurde in einem standardisierten Prä-Post-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten (T0, T1) angelegt. Zunächst wird die Ausgangslage (Baseline-Erhebung, T0) an den teilnehmenden Schulen im Anschluss an die Qualifizierungsmaßnahmen der Gesundheits- und Kinder-/ Krankenpflegenden, deren Durchführung und Evaluation nicht Gegenstand dieser Evaluation sind, in Form einer mehrdimensionalen quantitativen schriftlichen Befragung der Schüler*innen, der Eltern/ Sorgeberechtigten sowie der Lehrer*innen erhoben. Darin enthalten sind Fragen zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz,

Belastungen und Inanspruchnahme Verhalten aufgrund von gesundheitlichen Problemen sowie Fragen zu gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen an der Schule. Unter Anwendung eines Pseudonymisierungsverfahrens werden die Daten der befragten Schüler*innen und ihrer Sorgeberechtigten verknüpft.

Implementationsbegleitung

Die Begleitung und Bewertung der Implementierungsprozesse erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Während dieser Zeitspanne werden die subjektiven Sichtweisen der Schülerinnen und Schüler, der Lehrerinnen und Lehrer sowie der Eltern mittels qualitativer Methoden erfasst und ausgewertet. Regelmäßige partizipativ angelegte Gruppentreffen mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ dienen darüber hinaus nicht nur dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, sondern auch der kooperativen Weiterentwicklung und Optimierung des Konzepts „Schulgesundheitspflege“.

Darüber hinaus wird die Leistungsdokumentation, in der die „Schulgesundheitsfachkräfte“ täglich Art und Umfang Ihrer Tätigkeiten dokumentieren, mithilfe quantitativer Analysemethoden ausgewertet.

Wirkungsanalyse

Nach einer zwölf- bzw. neunmonatigen Interventionsphase (Land Brandenburg bzw. Land Hessen) wird erneut eine quantitative Befragung der oben beschriebenen Zielgruppen vorgenommen. In dieser Follow-up Befragung (T1) werden gezielt Themen abgefragt, die möglicherweise durch die Anwesenheit der „Schulgesundheitsfachkraft“ beeinflusst werden könnten. Mithilfe des Pseudonymisierungsverfahrens können die Ergebnisse beider Messzeitpunkte einander zugeordnet und mögliche Effekte der Schulgesundheitspflege sichtbar gemacht werden.

2.2 Evaluationsbeirat

Von der HAGE wurde ein Evaluationsbeirat einberufen mit dem Ziel, Vertreter*innen mit der entsprechenden Expertise aus den Feldern Gesundheitswissenschaften, Pflege, Schule und Gesundheit, Empirische Sozialforschung, Pädagogik und Datenschutz zu vereinen. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe wurden gebeten, zehn bis zwölf Personen vorzuschlagen. Folgende Funktionen des Beirates wurden von der HAGE definiert:

- Intensivierung des interdisziplinären Fachaustausches
- Beratung der Projektträger und der Charité in der Planung und Durchführung der Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes
- Abgabe von Empfehlungen im Vorfeld von grundsätzlichen Entscheidungen
- Stärkung der Zusammenarbeit mit Länderbehörden und anderen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wissenschaftlichen Institutionen und Fachverbänden hinsichtlich der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluationen des Modellprojektes

Am 24.10.2017 fand die erste Sitzung des Evaluationsbeirates in Frankfurt am Main statt mit dem Ziel, die vom Team der wissenschaftlichen Begleitforschung maximal angelegte Indikatoren Liste für die Baseline-Erhebung T0 zu priorisieren. Der Evaluationsbeirat debattierte zunächst die gesundheitliche Ausgangslage in den Bundesländern: Brandenburg verfügt über flächendeckende Schuleingangs- und Schulausgangsuntersuchungen, Hessen nicht. Die Wichtigkeit einer guten Daten-Ausgangslage zur gesundheitlichen Situation aller Schüler*innen wurde von den Expert*innen bestätigt, um in der Folgerhebung mögliche Effekte der Schulgesundheitspflege abbilden zu können. Dies unterstützte das Vorhaben einer Vollerhebung ebenso wie die Annahme, mit der Befragung auch möglichst viele chronisch kranke Kinder und Jugendliche erreichen zu können. Kurz wurde nochmals über ein Kontrollgruppendesign diskutiert: Dies war vor der Arbeitsaufnahme des Teams der wissenschaftlichen Begleitforschung aus Gründen der Kosten-Nutzen-Abwägungen abgelehnt worden. Auch blieb unklar, wie Schulen

zur Teilnahme in der Kontrollgruppe gefunden werden, ohne ihnen in Aussicht stellen zu können, eine „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule zu beschäftigen.

Es wurde der Beschluss gefasst, dass die von den „Schulgesundheitsfachkräften“ geführte Dokumentation ihrer Tätigkeiten (Leistungsdokumentation) zur Auswertung im Rahmen der Evaluation nutzbar gemacht und dahingehen angepasst werden sollte. Hierdurch sollte eine Einschätzung darüber erhalten werden, wie sich die Tätigkeiten in Aufgabenbereichen (vgl. Kapitel VIII.2) prozentual abbilden.

In einer zweiten Sitzung des Evaluationsbeirates, im Anschluss an den vom AWO Bezirksverband Potsdam organisierten Fachtag am 15.02.2018, wurde das Follow-up (T1) diskutiert. Zur Entscheidung stand, eine Teilerhebung oder eine Vollerhebung durchzuführen, letztere wurde beschlossen. Inhaltlich wurden die beizubehaltenden Items und die neuen, evaluierenden Zusatzfragen besprochen. Ein weiteres Treffen zur Abstimmung des Abschlussberichtes wurde für August 2018 festgesetzt.

2.3 Ethikantrag und Datenschutz

In Vorbereitung auf die Implementation der Schulgesundheitspflege an den ausgewählten Schulen in Brandenburg und Hessen sowie auf die wissenschaftliche Begleitevaluation wurde in beiden Bundesländern ein Ethikvotum der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) eingeholt. Am 18.07.2017 ging der positive Bescheid mit der Antragsnummer 16-025 durch Prof. Dr. jur. Volker Lüdemann, Wissenschaftliche Leiter des Niedersächsisches Datenschutzzentrum (NDZ) der Hochschule Osnabrück ein.

Für die Teilnahme der Schüler*innen am Modellprojekt wurde pro Bundesland beim jeweiligen Landesdatenschutzbeauftragten ein Datenschutzvotum eingeholt. Zudem wurde für die wissenschaftliche Begleitforschung bei den entsprechenden Behörden eine Genehmigung eingeholt. In Brandenburg war hierfür das Brandenburger Bildungsministerium² und in Hessen das Hessische Kultusministerium³ zuständig.

Inhaltliche Kernpunkte des Brandenburger Datenschutzkonzepts waren u.a.:

- Art, Zweck, Inhalt und Umfang der Untersuchung
- Auftraggeber und Projektverantwortliche
- Art der Daten, Datenverarbeitung und -sicherung
- Art und Weise der Verwendung der Untersuchungsergebnisse (Datenverwaltung, -speicherung, -transfer, -vernichtung)
- Einbezogene Zielgruppen und zeitlicher Umfang der Inanspruchnahme
- Anlagen: Einverständniserklärung über die Teilnahme am Modellprojekt, Einverständniserklärung über die Weitergabe von personenbezogenen Daten, Formular-Dokumentation der Kontakte mit Schülern und Schülerinnen (SuS)

Die Kernpunkte des hessischen Datenschutzkonzeptes umfassen u.a.:

- Datenschutzkonzept für die Datenverarbeitung im Sprechzimmer der „Schulgesundheitsfachkraft“ (u.a. Aktenführung und Aktenaufbewahrung, Auskünfte, Datenübermittlung)
- Sicherheitskonzept für die automatisierte Datenverarbeitung (u.a. Datensicherung, Datenverwaltung)
- Verfahrensverzeichnis
- Anlagen: Einverständniserklärung Sorgeberechtigte, Verfahrensverzeichnis, Vorlage zur Dokumentation der Blutzuckerkontrolle und Leistungsdokumentation

² Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg: positiver Bescheid am 07.02.2017, Registriernummer 66/2016

³ Datenschutzbeauftragter des Hessischen Kultusministeriums: positiver Bescheid am 14.07.2017, Hessischer Datenschutzbeauftragter: positiver Bescheid am 04.07.2017

3. Datengrundlage Projektsteuerung

Die Analysen zur Ausgangslage auf Projektsteuerungsebene (**Kapitel V**) und zu den beobachteten Aktivitäten im Forschungsfeld beziehen sich auf den Zeitraum von September 2016 bis August 2018. Das aus drei Wissenschaftlerinnen bestehende Team der wissenschaftlichen Begleitforschung traf sich mit den Projektträgern AWO Bezirksverband Potsdam und der HAGE intern zum ersten Mal am 13.10.2016, um die Arbeitsstrukturen festzulegen. Auf der Tagesordnung standen die Berichte aus den Projektgruppen, die Diskussion des Evaluationskonzeptes, die Abstimmung des Vorgehens bei der Erstellung der Datenschutzkonzepte in Hessen und Brandenburg, das Einholen des Ethikvotums bei der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, die Konkretisierung des Tätigkeitsprofils der „Schulgesundheitsfachkräfte“ und deren Leistungsdocumentation. Am Rande aller weiteren Projektveranstaltungen wurden weitere kurzfristige interne Treffen abgehalten, um aktuelle Themen zu besprechen und abzustimmen. Auch in Telefonkonferenzen wurden kurzfristig abzuklärenden Fragen verhandelt. Dabei erhob das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Erfassung der Ausgangssituation folgende Daten und wertete diese aus:

- **Memos:** Bei allen persönlichen und telefonischen Kontakten mit den Projektträgern wurden Gesprächsprotokolle verfasst, die hier als „Memos“ bezeichnet werden. Zudem schrieben die Mitarbeiterinnen interne Protokolle zu allen projektbezogenen Veranstaltungen, die ebenfalls unter „Memos“ geführt werden. Bis zum Zeitpunkt des Zwischenberichtes waren dies insgesamt 73. Im Sinne der dokumentarischen Methode wurde möglichst umfassend berichtet, was die Akteur*innen sagten oder taten. Zudem enthalten die Memos entsprechend der formulierenden Interpretation Vermutungen und Zuschreibungen darüber, warum dies gesagt oder getan wurde (Bohnsack 2003).
- **Protokolle:** Bei allen Projekttreffen wurden von den Projektträgern Protokolle erstellt. Einige Dokumente, wie z.B. die Protokolle der Steuerungskreistreffen der jeweiligen Bundesländer und der regionalen Arbeitskreistreffen stehen dem Team der wissenschaftlichen Begleitforschung nicht zur Verfügung. Nicht alle Protokolle sind öffentlich zugänglich.
- **Interne Arbeitspapiere:** Hierunter fallen ebenfalls nicht öffentliche Dokumente, die die Projektträger verfasst haben und die der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Verfügung gestellt wurden.

4. Quantitative Datenerhebung

4.1 Ablauf der Erhebung

Die Baseline-Erhebung (T0) wurde im Zeitraum von sechs Wochen durchgeführt, nachdem die „Schulgesundheitsfachkräfte“ sechs bis acht Wochen an den Schulen eingesetzt waren. Zwar wurde durch die Projektträger bereits damit begonnen Schüler*innen, Eltern und das Schulpersonal über das neue Versorgungsangebot zu informieren, aus Forschungssicht wird dennoch davon ausgegangen, dass es in diesem Zeitraum nur geringfügig zu einer „Verunreinigung des Feldes“ durch die Einflussnahme der „Schulgesundheitsfachkräfte“ kam. Die Ausgangsanalyse ist daher weitestgehend unverzerrt. Das gründet sich vor allem darauf, dass ihre Präsenzzeit in den ersten Monaten ihrer Tätigkeit durch die tätigkeitsbegleitende Weiterbildung und den Einsatz an mehreren Schulen (in Brandenburg) stark limitiert war und sie sich noch in einer Lern- und Orientierungsphase an ihrem neuen Arbeitsplatz befanden. Gleichzeitig wird dadurch ermöglicht zu beobachten, ob innerhalb des Interventionszeitraumes Änderungen der Angebotsnutzung durch die Zielgruppen erreicht werden konnten. Da der Implementationsbeginn in den Ländern Brandenburg und Hessen um drei Monate versetzt war, fand die schriftliche Befragung in Brandenburg von März bis April und in Hessen von August bis Oktober 2017 statt. Das Follow-up (T1) wird in Brandenburg und in Hessen im Mai 2018 durchgeführt.

Im Art. 3 Abs. 1 Konzeption des Erlasses des Hessischen Kultusministeriums über die Beschäftigung von „Schulgesundheitsfachkräften“ an hessischen Schulen (2017) ist u.a. geregelt, dass sich die Modellschulen an der Evaluation des Modellprojektes beteiligen. Für die Befragten selbst ist die Teilnahme an der schriftlichen Befragung freiwillig. Um allen Befragten zu ermöglichen, ihr Einverständnis in die wissenschaftliche Untersuchung nach der Erhebung zu widerrufen und ihre Daten löschen zu lassen, wurden die Angaben der schriftlichen Befragung pseudonymisiert. Hierzu wurden in den Schulen Kodierlisten angelegt, die in den Schulen bis zum Abschluss der Evaluation zugriffssicher verwahrt werden. Die Kodierlisten enthalten die Namen der Schüler*innen und ihnen zufällig zugewiesene Identifikationsnummern (ID-Nrn.), die vorab nach einem festgelegten Schema generiert wurden. Die Sorgeberechtigten erhalten die ID-Nr. ihrer Kinder, um deren Angaben miteinander verknüpfen zu können. Auf eigenen Wunsch wurde auf das Anlegen von Kodierlisten bei den Lehrerinnen und Lehrern verzichtet. Die Befragung der Schulleiter*innen erfolgte offen.

Die schriftliche Befragung an den Schulen wurde papierbasiert realisiert und mit Unterstützung der Klassenlehrer*innen durchgeführt. Eine papierbasierte Befragung ist gegenüber einer Onlinebefragung zwar deutlich ressourcenintensiver, da sie mit verhältnismäßig hohen Druck- und Personalkosten zur Vorbereitung verbunden ist. Nach vorheriger Prüfung erwies sich dieses Procedere jedoch als notwendig, da so kontrolliert werden konnte, dass nur Schüler*innen an der Befragung teilnehmen, deren Sorgeberechtigte vorab schriftlich in die wissenschaftliche Datenerhebung eingewilligt haben. Nicht jede der Modellschulen verfügt darüber hinaus über die notwendige Infrastruktur, um den Schüler*innen eine Onlineteilnahme im Rahmen der Schulzeit zu ermöglichen.

Jeder Fragebogen wurde von der Schule mit einem eigenen Rückumschlag ausgegeben, um sicherzustellen, dass das Antwortverhalten möglichst unverzerrt bleibt hinsichtlich Befürchtungen, Dritte könnten Einsicht in die Daten nehmen. Nachdem das schriftliche Einverständnis der Sorgeberechtigten vorlag, erhielten die Schüler*innen im Rahmen einer Schulstunde Zeit, ihren Fragebogen auszufüllen. Schüler*innen ab 14 Jahren willigten gesondert in die Datenerhebung ein. Die ausgefüllten Fragebögen der Sorgeberechtigten, deren Kinder, des Lehrpersonals und der Schulleiter*innen wurden im verschlossenen Umschlag zurück an die Schulen gegeben und gesammelt zurückgesendet.

4.2 Stichprobenentwicklung

In beiden Bundesländern wurde eine Vollerhebung an allen Modellschulen geplant und damit von dem initialen Vorhaben abgewichen, jeweils eine Klasse aus jeder teilnehmenden Schule im Sinne einer Cluster-Stichprobe auszuwählen. Damit sollte den umfassenden Zielsetzungen des Modellprojektes Rechnung getragen und die Erreichbarkeit zentraler Zielgruppen sichergestellt werden. Dies betrifft insbesondere gesundheitlich sowie sozial benachteiligte Schüler*innen sowie deren Sorgeberechtigte (Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e. V., 2016). Da es in der Planungsphase der Baseline-Erhebung (T0) keine zuverlässigen Angaben über die Anzahl der Schüler*innen mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf an den Schulen gab, wurde ihr Anteil für die Berechnung der Menge der Befragungsunterlagen ad hoc auf 30 Prozent geschätzt. Eine Vollerhebung wird darüber hinaus den zentralen Zielsetzungen der Prozessevaluation gerecht, da mit ihr sichergestellt werden kann, dass auch diejenigen an der Befragung teilnehmen, die Kontakt mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ hatten. Mögliche Effekte der Schulgesundheitspflege können so identifiziert werden.

Die Fragebögen wurden ausschließlich in deutscher Sprache entwickelt, und es werden keine Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern aus Intensiv-, Vorbereitungs-, Übergangs- bzw. Willkommensklassen befragt. Intensivklassen sind - zumindest an hessischen Schulen - ein verpflichtendes Angebot, das sich an schulpflichtige Kinder und Jugendliche aus geflüchteten Familien richtet, denen zunächst grundlegende Kenntnisse der deutschen Sprache vermittelt werden müssen, bevor sie in den Regelklassen unterrichtet werden können.

An den 28 Schulen, die sich schließlich an der Baseline-Erhebung (T0) beteiligten, sollten Daten von insgesamt 14.751 Schülerinnen und Schülern, deren Sorgeberechtigten, von 1.197 Lehrerinnen und Lehrern und 28 Schulleiterinnen und Schulleitern erhoben werden.

In Brandenburg nehmen im zweiten Schulhalbjahr 2017 von den 20 Modellschulen 18 mit 5.519 Schülerinnen und Schülern sowie 441 Lehrerinnen und Lehrern an der Befragung teil, darunter

- zwölf Grundschulen,
- fünf Oberschulen,
- eine Oberschule mit integrierter Grundstufe sowie
- eine Abteilung einer berufsbildenden Schule.

Laut Angaben der Schulen und dem Bildungsministerium, werden etwa 63 Prozent der Schüler*innen (N=3.495) in der Primarstufe, 34 Prozent (N=1.894) in der Sekundarstufe I sowie 2 Prozent (N=130) in der Sekundarstufe II unterrichtet. Unter ihnen sind rund 46 Prozent (N=2.536) zwischen 6 und 10 Jahren sowie 54 Prozent (N=2.983) 11 Jahre und älter.

Unter den zehn teilnehmenden Schulen, die im ersten Schulhalbjahr 2017 in Hessen befragt wurden, befinden sich

- vier Gymnasien,
- zwei integrierte Gesamtschulen (IGS),
- zwei weitere IGS mit Grundstufe,
- eine kooperative Gesamtschule sowie
- eine Grund-, Haupt- und Realschule mit Förderstufe.

An ihnen wurden zum Zeitpunkt der Erhebung 9.232 Schüler*innen unterrichtet und 756 Lehrer*innen beschäftigt.

Wie in **Kapitel V4** deutlich wird, unterscheiden sich die Modellschulen in beiden Bundesländern nicht nur hinsichtlich der Schulform voneinander stark. Es ergeben sich vor allem bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der Größe der Schulen, der Anzahl der durch die „SGFK“ betreuten Schulen sowie der Anzahl der betreuten Schüler*innen. Ist im Land Hessen jede „SGFK“ für jeweils eine Schule zuständig, trifft dies in Brandenburg auf nur zwei „SGFK“ zu. Da an den Modellschulen in Brandenburg im Schnitt deutlich weniger Schüler*innen unterrichtet werden als in Hessen, wurde deren wöchentliche Zuständigkeit auf mehrere Schulen ausgeweitet. Sechs der in Brandenburg beschäftigten „SGFK“ betreuen daher je zwei Modellschulen, zwei „SGFK“ sind für drei Schulen verantwortlich. Nichtsdestotrotz liegt der durchschnittliche Schlüssel betreuter Schüler*innen in Hessen mit 923 Schüler*innen [Range: 474-1263] pro „SGFK“ deutlich höher als in Brandenburg mit 696 Schüler*innen [Range: 155-1200] pro „SGFK“.

Da aus diesen Gründen keine Vergleichbarkeit zwischen den Schulen der beiden Bundesländer besteht, erfolgt die Darstellung der Befragungsergebnisse getrennt.

4.3 Operationalisierung und Instrumente

Für die Baseline-Erhebung (T0) wurden sechs Fragebogentypen entwickelt, die sich an die Schüler*innen der Modellschulen, deren Sorgeberechtigte, das Lehrpersonal sowie die Schulleiter*innen richten. Diese erfassen sowohl Merkmale zur Beschreibung der individuellen sowie institutionellen Ausgangslage als auch gegenüber den Interventionen der Schulgesundheitspflegenden sensitive Indikatoren zur Ergebnisevaluation:

1. Basisfragebogen für Eltern aller Schülerinnen und Schüler
2. Fragebogen für Eltern von Kindern unter 11 Jahren
3. Fragebogen für Schülerinnen und Schüler ab 11 Jahren
4. Fragebogen für Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf
5. Fragebogen für Lehrpersonal

6. Fragebogen für Schulleiterinnen und Schulleiter

Das Erhebungsinstrumentarium setzt sich zu einem großen Teil aus validierten Instrumenten zusammen. Weitere wurden im Hinblick auf die Erfordernisse der Zielgruppen bezüglich der Befragungslänge und Verständlichkeit sowie der Antwortbereitschaft und dem altersentsprechenden Entwicklungsstand der Befragten angepasst. Aufgrund der Spezifität der zu erreichenden Evaluationsziele sind ebenfalls eigene Operationalisierungen der Erhebungsindikatoren vorgenommen worden. Es wurden außerdem soziodemografische Informationen erhoben, um eine stratifizierte Auswertung der Daten zu ermöglichen und besondere Zielgruppen der Schulgesundheitspflege zu identifizieren. Eine detaillierte Beschreibung der eingesetzten Instrumente wird bei Abgabe des Abschlussberichts in einem gesonderten Instrumentenhandbuch bereitgestellt.

Beispiel

Sozioökonomischer Status

Der objektive sozioökonomische oder auch soziale Status (SES) der Kinder und Jugendlichen wird in Anlehnung an den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey operationalisiert (Lange et al., 2007). Hierzu werden die Angaben beider Eltern zum höchsten schulischen sowie beruflichen Abschluss, der beruflichen Stellung und dem Haushaltsnettoeinkommen erfasst, um die Statusdimensionen Bildung, Beruf und Einkommen zu generieren. Den Dimensionen werden für beide Eltern separat Punktwerte zwischen 1 und 7 zugewiesen. Der dadurch berechnete Index kann Werte zwischen 3 und 21 Punkten annehmen. Den Schüler*innen wird anschließend der höhere der beiden Elternwerte zugewiesen. Anschließend werden aus dem Index die Statusgruppen „niedriger Sozialstatus“ (3 bis <9 Punkte), „mittlerer Sozialstatus“ (9 bis <15 Punkte) und „hoher Sozialstatus“ (15-21 Punkte) berechnet (Lange et al., 2007).

Abweichend von der von Lange et al. (2007) vorgegebenen Operationalisierung des Nettoäquivalenzeinkommens wurde das Gehalt kategorisiert, um die Antwortbereitschaft der Befragten zu erhöhen. Die zu vergebenen Punktwerte wurden entsprechend umgerechnet. Der Index wurde nicht berechnet, wenn ein oder mehrere Items nicht beantwortet wurden. Es wurde auf eine Imputation fehlender Werte durch ein Regressionsmodell verzichtet, da die ermittelten hohen kumulierten Missingquoten aus dem Basisfragebogen für die Index-Werte der Schüler*innen (in Brandenburg 23%, N=456) das Ergebnis der Regressionsschätzung wesentlich verfälschen würden.

Den Berechnungen zufolge ergibt sich für 35 Prozent der brandenburgischen Schüler*innen (N=520) ein niedriger, für 49 Prozent ein mittlerer (N=729) und weitere 16 Prozent ein hoher sozialer Status (N=242). Die Schüler*innen mit niedrigem Sozialstatus sind gegenüber der Verteilung in der Allgemeinbevölkerung (KiGGS: 28%; Lange, 2007) deutlich über- sowie Schüler*innen mit hohem Sozialstatus deutlich unterrepräsentiert (KiGGS: 27%; Lange, 2017).

4.4 Statistische Auswertungsverfahren

Zur Beschreibung der Ausgangslage wurden deskriptive statistische Analysen durchgeführt. Dafür wurden absolute und relative Häufigkeiten, Streuungsmaße sowie als Maße der zentralen Tendenz Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Zur Testung auf Gruppenunterschiede wurden für nominalskalierte Variablen χ^2 -Tests berechnet. Um die Mittelwerte zwischen Gruppen zu vergleichen, wurden die Variablen statistisch bedeutsamer Zusammenhänge einem t-Test unterzogen. Zur Analyse von Zusammenhängen zwischen nominal skalierten Variablen wurden der Phi-Korrelationskoeffizient (ϕ) sowie zwischen parametrischen Variablen der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearmans Roh (ρ) berechnet, da dieser robust gegenüber Ausreißern ist. Beobachtete Signifikanzwerte von < 0.05 wurden als statistisch signifikant bewertet.

5. Einordnung und Kommentar

Die Notwendigkeit für die informierte schriftliche Zustimmung der Eltern zur Teilnahme ihrer Kinder am Modellprojekt reduziert möglicherweise die Anzahl erreichter Familien durch die „Schulgesundheitsfachkraft“. Ob hier Selektionseffekte wirken, kann eventuell nach einer tiefergehenden Datenauswertung der Baseline-Daten oder nach der Auswertung der Gruppengespräche mit den Eltern abgeschätzt werden. Zudem gab es Kritik, dass das Datenschutzkonzept und die Einverständniserklärung viel zu umfangreich seien und damit für die Sorgeberechtigten teilweise unverständlich. Als datenschutzrechtlich problematisch erwies sich in Hessen zudem die Einbindung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in das virtuelle Netzwerk der Schule. Es gibt hier nach Aussage des Projektträgers HAGE eine Fülle von Anforderungen, die mit den Erfordernissen an den Arbeitsplatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ kollidieren. Auch die Umsetzung des Datenschutzes und der Schweigepflicht weisen Schwierigkeiten auf: Die Grenze, wann Sorgeberechtigte von dem Besuch bei der „Schulgesundheitsfachkraft“ oder einem Gesprächsinhalt in Kenntnis gesetzt werden, liegt im Ermessen der „Schulgesundheitsfachkraft“.

Die schriftlichen Befragungen (T0, T1) finden in einem Setting statt, das tradierte Strukturen und vielfältige Besonderheiten in seinem Organisationssystem aufweist. Diese beruhen sowohl auf von außen gesteuerten ministerialen (curricularen, personellen, organisatorischen und finanziellen) Rahmenvorgaben als auch auf einer großen Anzahl schulinterner Entscheidungserfordernisse. Sofern diese dem wissenschaftlichen Begleiteteam bekannt sind, fließen Informationen darüber in die Planung der Datenerhebung für einen möglichst reibungslosen und Ablauf an den Schulen ein. Trotz infolgedessen großzügig geplanter Befragungszeiträume für die Baseline-Erhebung (T0) von etwa sechs Wochen kann nicht ausgeschlossen werden, dass diverse Merkmalsunterschiede der 28 teilnehmenden Modellschulen, wie z.B. in Bundesland, Bildungsgang, Schulform, Anzahl der Schüler*innen, Schuljahresplanungen (insbesondere Schulferien, Klassenfahrten, Projektstage, Schulvisitationen) dazu beitragen, dass sich einige Schulen oder Schulklassen im geplanten Befragungszeitraum nicht in vollem Umfang an der Befragung beteiligen können. Hinzu kommt der verhältnismäßig hohe administrative und zeitliche Aufwand, der für die Klassenleiter*innen durch das Pseudonymisierungsverfahren, die papierbasierte Befragung und die infolge dessen notwendig gewordene Handhabung einer Reihe verschiedener Befragungsunterlagen entstanden ist.

IV Stichprobenbeschreibungen (Brandenburg und Hessen)

Insgesamt wurden 4.433 Fragebögen an 18 Modellschulen in **Brandenburg** ausgefüllt und zurückgesandt (**Tab. 1**). Es ergaben sich insgesamt zufriedenstellende Rücklaufquoten für die Fragebögen Nr. 1 (35%; N=1.947), Nr. 2 (41%; N=1.042) und Nr. 3 (36%; N=1.079). Annähernd jede zweite Lehrperson beteiligte sich ebenfalls an der Befragung (N=201; 46%).

Tab. 1: Rücklauf der Fragebögen 1 bis 6 in Brandenburg

Fragebogen	Sampling (N)	Stichprobe (n)	Rücklauf (%)
1 alle Eltern	5.519	1.947	35
2 Eltern von Kindern unter 11 Jahren	2.536	1.043	41
3 Schüler*innen ab 11 Jahren	2.983	1.079	36
4 Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf	1.656 (geschätzt)	145	-
5 Lehrer*innen	441	201	46
6 Schulleiter*innen	18	18	100
Gesamt	13.153	4.433	-

Anmerkungen. N = Grundgesamtheit an den Schulen. n = Fallzahl (teilnehmend). % = prozentualer Anteil der Stichprobe n.

Von den Teilnehmenden der **Hessischen** Modellschulen wurden 4.690 Fragebögen ausgefüllt zurückgesandt (**Tab. 2**). Der Fragebogen an Eltern von Schüler*innen unter 11 Jahren erweist sich hier als am rücklaufstärksten (45%; N=475). Die Rücklaufquoten der Fragebögen Nr. 1 (24%; N=2.285), Nr. 3 (20%; N=1.697) und Nr. 5 (26%; N=219) fallen hier deutlich geringer aus, es wurden jedoch zumindest jedes vierte Elternteil, jede*r vierte Lehrer*in und jede*r fünfte Schüler*in erreicht. Nur 25 Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf beteiligten sich an der Erhebung.

Tab. 2: Rücklauf der Fragebögen 1 bis 6 in Hessen

Fragebogen	Sampling (N)	Stichprobe (n)	Rücklauf (%)
1 alle Eltern	9.404	2.287	24
2 Eltern von Kindern unter 11 Jahren	1.063	475	45
3 Schüler*innen ab 11 Jahren	8.341	1.697	20
4 Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf	2.773 (geschätzt)	25	-
5 Lehrer*innen	838	219	26
6 Schulleiter*innen	10	10	100
Gesamt	22.429	4.690	-

Anmerkungen. N = Grundgesamtheit an den Schulen. n = Fallzahl (teilnehmend). % = prozentualer Anteil der Stichprobe n.

Ein Viertel bis die Hälfte der Befragten in **Brandenburg** gibt an, dass die Länge der Befragung genau richtig ist (**Tab. 3**). Die Mehrheit gibt jedoch an, dass der von ihnen ausgefüllte Fragebogen etwas oder viel zu lang ist. Unter den Schülerinnen und Schülern sind es sogar drei Viertel der Teilnehmenden. Das kann dazu geführt haben, dass jüngere Schüler*innen, Schüler*innen mit geringen Deutschkenntnissen oder andere mit niedrigerem Schrift-/ Sprachniveau die Befragung vorzeitig abgebrochen haben.

Tab. 3: Beurteilung der Befragungslänge pro Fragebogentyp in Brandenburg

	Fragebogen 1 (N=1.947)		Fragebogen 2 (N=1.043)		Fragebogen 3 (N=1.079)		Fragebogen 4 (N=145)		Fragebogen 5 (N=192)	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
war viel zu lang	315	18	139	14	297	30	27	21	26	14
war et- was zu lang	743	41	378	38	417	42	46	35	85	47
war genau richtig	679	38	447	45	248	25	52	40	65	36
hätte noch etwas aus- führli- cher sein kön- nen	61	3	32	3	36	4	6	5	6	3
<i>n</i> (teil- neh- mend)	1798	100	996	100	998	100	131	100	182	100
<i>n</i> (feh- lend)	149		47		81		14		10	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

Auch unter den Befragten in **Hessen** wird die Länge der Befragung von einem Großteil als etwas bis zu lang empfunden – insbesondere bezogen auf die Fragebögen Nr. 1 und 3 (**Tab. 4**). Die Länge der Fragebögen 2, 4 und 5 wird von der Hälfte der Befragten als *genau richtig* bis hin zu *hätte noch etwas ausführlicher sein können* bewertet.

Tab. 4: Beurteilung der Befragungslänge pro Fragebogentyp in Hessen

	Fragebogen 1 (N=2.287)		Fragebogen 2 (N=475)		Fragebogen 3 (N=1.697)		Fragebogen 4 (N=25)		Fragebogen 5 (N=219)	
	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%
war viel zu lang	278	14	54	12	320	20	1	4	8	4
war etwas zu lang	785	38	157	34	703	45	8	32	79	38
war genau richtig	916	45	232	50	445	28	12	48	111	54
hätte noch etwas ausführlicher sein können	65	3	17	4	98	6	4	16	9	4
<i>n</i> (teilnehmend)	2044	100	460	100	1566	100	25	100	207	100
<i>n</i> (fehlend)	243		15		131		0		12	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

Wie eingangs erläutert, wurde jeder Familie eine zufallsgenerierte ID-Nummer zugewiesen. Dadurch war es möglich, die ID-Nummern der 4.433 eingegangenen Fragebögen Nr. 1 bis 4 statistisch zusammenzuführen und die darin enthaltenen Angaben aufeinander zu beziehen. Mithilfe dieses Verfahrens wurden in **Brandenburg** 2.531 Fälle identifiziert (**Tab. 5**), in denen mindestens ein Fragebogen pro Schüler*in und Familie ausgefüllt wurde und die in die weiteren

statistischen Analysen einbezogen werden. In einem Drittel der Fälle (34%; N=865) wurden der Basis-Elternfragebogen Nr. 1 und der Fragebogen für Eltern von Kindern unter 11 Jahren Nr. 2 ausgefüllt. In einem knappen Viertel der Fälle (23%; N=572) wurde ein Basis-Elternfragebogen Nr. 1 und ein Fragebogen für Schüler*innen ab 11 Jahren Nr. 3 ausgefüllt. Soweit bekannt, wurde in Fällen, in denen nur ein Fragebogen ausgefüllt wurde, entweder keine ID-Nummer vergeben oder es war die Teilnahmebereitschaft der Sorgeberechtigten bzw. der Schüler*innen oder möglicherweise die Gelegenheit zur Teilnahme nicht gegeben.

Durch die Verknüpfung der Datensätze aus der Schüler*innen- und Elternbefragung konnten in **Hessen** 2.880 Fälle identifiziert werden, die in die Analysen aufgenommen werden (**Tab. 5**). In den meisten Fällen wurden sowohl der Basis-Elternfragebogen Nr. 1 als auch der Schüler*innenfragebogen Nr. 3 ausgefüllt (38%; N=1.087). In weiteren 16% der Fälle (N=460) wurden sowohl ein Basis-Elternfragebogen Nr. 1 und der Fragebogen für Eltern von Kindern unter 11 Jahren Nr. 2 zurückgesendet. Zu einem Großteil wurde aber auch nur ein Basis-Elternfragebogen Nr. 1 (25%; N=711) oder ein Schüler*innenfragebogen Nr. 3 (20%; N=586) ausgefüllt.

Tab. 5: Fallzahl pro Kombination beantworteter Fragebögen in Brandenburg und Hessen

	Brandenburg (N=2.531)		Hessen (N=2.880)	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nur Fragebogen Nr. 1	391	15	711	25
nur Fragebogen Nr. 2	125	5	4	<1
nur Fragebogen Nr. 3	430	17	586	20
nur Fragebogen Nr. 4	13	<1	3	<1
Fragebögen Nr. 1, 2	865	34	460	16
Fragebögen Nr. 1, 3	572	23	1.087	38
Fragebögen Nr. 1, 4	8	<1	5	<1
Fragebögen Nr. 1, 2, 4	48	2	3	<1
Fragebögen Nr. 1, 3, 4	62	2	14	1
Fragebögen Nr. 2, 4	2	<1	0	<1
Fragebögen Nr. 3, 4	12	<1	0	<1
Fragebögen Nr. 2, 3	3	<1	7	<1
<i>n</i> (teilnehmend)	2.531		2.880	
<i>n</i> (fehlend)	0		0	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

In **Tab. 6** sind die Charakteristika der Schüler*innen, ihrer Sorgeberechtigten sowie der Lehrer*innen in **Brandenburg** dargestellt, die selbst einen Fragebogen ausgefüllt haben oder für die ein Fragebogen ausgefüllt wurde. Rund 66 Prozent (N=1.630) der Schüler*innen werden demnach in der Primarstufe, 30 Prozent (N=747) in der Sekundarstufe I sowie 4 Prozent (N=92) in der Sekundarstufe II unterrichtet. Dieses Verhältnis spiegelt die Verteilung der eingangs beschriebenen Grundgesamtheit an den Schulen deutlich wider. Das Alter der Schüler*innen liegt zwischen 6 und 46 Jahren. Im Mittel sind sie 11 Jahre alt. Die Schüler*innen zwischen 6 und 10 Jahren sind verglichen mit den Schüler*innen der Modellschulen mit 49 Prozent (N=1.011) nur geringfügig überrepräsentiert. Jeweils rund ein Viertel der Schüler*innen ist zwischen 11 und 13 (N=538) bzw. 14 und 18 (N=465) Jahren alt. Nur 4 Prozent (N=92) sind 19 Jahre und älter. Weibliche und männliche Schüler*innen sind je zur Hälfte vertreten. Die überwiegende Mehrheit (87%; N=877) der Schüler*innen hat keinen Migrationshintergrund, 5 Prozent (N=48) haben einen einseitigen, weitere 8 Prozent (N=82) einen beidseitigen Migrationshintergrund. Auf einer Leiter von 1 (niedrigste Stufe) bis 10 (höchste) schätzen die Schüler*innen ihren eigenen und den sozioökonomischen Status ihrer Familie subjektiv durchschnittlich bei Stufe 6 ein

(N=940). Den Angaben der Eltern zufolge, die um objektive Aussagen zu ihrer Bildung, dem Berufsstatus und Einkommen gebeten wurden, wird deutlich, dass tatsächlich 35 Prozent (N=520) der Schüler*innen einen niedrigen Sozialstatus, weitere 49 Prozent (N=729) einen mittleren sowie 16 Prozent (N=243) einen hohen sozialen Status aufweisen. Verglichen mit den Daten der repräsentativen Referenzstichprobe aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (Lange, 2007) sind Kinder und Jugendliche der aktuellen Befragung mit niedrigem Sozialstatus deutlich über- und mit mittlerem Sozialstatus unterrepräsentiert. Drei Viertel aller Schüler*innen (N=1.528) haben nach eigenen Angaben oder nach Angabe ihrer Sorgeberechtigten bisher alle Jahrgangsstufen regulär durchlaufen. Rund 15 Prozent (N=306) mussten eine oder mehrere Klassen wiederholen. Weniger als 1 Prozent (N=14) hat eine oder mehrere Jahrgangsstufen übersprungen, weitere 8 Prozent (N=170) geben an, die erste Klasse noch nicht durchlaufen zu haben.

Die befragten Sorgeberechtigten (N=1.810) waren zwischen 19 und 75 Jahren und im Durchschnitt 39 Jahre alt. Mehr als ein Drittel unter ihnen ist alleinerziehend (36%; N=673). In knapp 2 Prozent (N=30) der Fälle haben nicht die Eltern, sondern andere Sorgeberechtigte wie die Großeltern oder Betreuer*innen den Basis-Elternfragebogen Nr. 1 ausgefüllt.

Die befragten Lehrer*innen sind zwischen 26 und 64 und im Durchschnitt 49 Jahre alt (N=192). Der Frauenanteil unter den Befragten betrug 88 Prozent (N=169). Männer sind mit 12 Prozent (N=23) vertreten. Zu jeweils 42 Prozent beteiligten sich sowohl Lehrende der Primarstufe (N=80) als auch der Sekundarstufe I (N=81). Je weitere 8 Prozent lehren sowohl in der Primarstufe als auch in der Sekundarstufe I (N=16) sowie in der Sekundarstufe II (N=16). Die Mehrheit des befragten Lehrpersonals ist mit 79 Prozent (N=156) vollzeitbeschäftigt. Weitere 13 Prozent (N=26) gehen einer Teilzeitbeschäftigung mit 75 Prozent der regulären Arbeitszeit nach. Nur 7 Prozent (N=14) sind mit 50 bis unter 75 Prozent beschäftigt.

Tab. 6: Baseline-Charakteristika der Befragungsteilnehmer*innen in Brandenburg

Schüler*innen und Sorgeberechtigte		<i>n</i> teil- nehmend	<i>n</i> fehlend	<i>M (SD)</i> bzw. Anzahl	% bzw. [Range]
Bildungsstufe (N=2.531)		2.469	62		
Primarstufe (bis Klasse 6)				1.630	66
Sekundarstufe I (ab Klasse 7)				747	30
Sekundarstufe II				92	4
Alter - Schüler*innen (N=2.122)		2.067	55	11 (4)	[6-46]
6-10 Jahre				1.011	49
11-13 Jahre				538	26
14-18 Jahre				465	23
19 Jahre und älter				53	3
Geschlecht (N=2.122)		2.089	33		
weiblich				1.029	49
männlich				1.060	51
Alter - Sorgeberechtigte (N=1.947)		1.810	721	39 (6)	[19-75]
Sozioökonomischer Status (N=1.947)		1.491	456		
niedrig				520	35
mittel				729	49
hoch				242	16
alleinerziehend (N=1.947)		1.876	71		
ja				673	36
nein				1.203	64
Subjektiver Sozioökonomischer Status (N=1.079)		940	139	6,1 (1,5)	[1-10]
Migrationshintergrund (N=2.122)		1.007	1.115		
ohne				877	87
einseitig				48	5
beidseitig				82	8
Lehrpersonal (N=201)		<i>n</i> teil- nehmend	<i>n</i> fehlend	<i>M (SD)</i> bzw. Anzahl	% bzw. [Range]
Alter		192	9	49 (10)	[26-64]
Geschlecht		192	9		
weiblich				169	88
männlich				23	12
Unterrichtete Bildungsstufe		193	8		
Primarstufe (bis Klasse 6)				80	42
Sekundarstufe I (ab Klasse 7)				81	42
Primarstufe + Sekundarstufe I				16	8
Sekundarstufe II				16	8
Erwerbsumfang		198	3		
Vollzeit				156	79
Teilzeit ≥ 75%				26	13
Teilzeit ≥ 50 bis unter 70%				14	7
Teilzeit bis unter 50%				1	<1
Referendariat				1	<1

Anmerkungen. *M* = Mittelwert. *SD* = Standardabweichung. *N* = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

In **Tab. 7** sind die Charakteristika der Schüler*innen, ihrer Sorgeberechtigten sowie der Lehrer*innen in **Hessen** dargestellt, die selbst einen Fragebogen ausgefüllt haben oder für die ein Fragebogen ausgefüllt wurde. Rund 7 Prozent (N=169) der Schüler*innen werden demnach in der Primarstufe, 83 Prozent (N=1.916) in der Sekundarstufe I sowie 10 Prozent (N=221) in der Sekundarstufe II unterrichtet. Das Alter der Schüler*innen liegt zwischen 6 und 20 Jahren. Im Mittel sind sie 13 Jahre alt. Die in der Stichprobe vertretenen Schüler*innen zwischen 6 und 10 Jahren sind verglichen mit den Schülerinnen und Schülern der Modellschulen mit 20 Prozent (N=423) etwas überrepräsentiert. Die Schüler*innen zwischen 11 und 13 Jahren (40%; N=852) sowie zwischen 14 und 18 Jahren (38%; N=821) sind am häufigsten vertreten und im Vergleich zu den Modellschulen geringfügig unterrepräsentiert. Nur 1 Prozent (N=18) sind 19 Jahre und älter. Es haben insgesamt etwas mehr Schülerinnen als Schüler bzw. deren Eltern bei unter 11-Jährigen an der Befragung teilgenommen. Eine Minderheit (44%; N=688) der Schüler*innen hat keinen Migrationshintergrund, 20 Prozent (N=316) haben einen einseitigen, weitere 36 Prozent (N=572) einen beidseitigen Migrationshintergrund. Da die Befragungsmaterialien nicht in andere Sprachen übersetzt wurden, ist anzunehmen, dass der Anteil der Schüler*innen mit Migrationshintergrund deutlich höher ist. Auf einer Leiter von 1 (niedrigste Stufe) bis 10 (höchste) schätzen die Schüler*innen ihren eigenen und den sozioökonomischen Status ihrer Familie subjektiv durchschnittlich bei Stufe 6,5 ein (N=1.715). Den Angaben der Eltern zufolge, die um objektive Aussagen zu ihrer Bildung, dem Berufsstatus und Einkommen gebeten wurden, wird deutlich, dass tatsächlich 16 Prozent (N=274) der Schüler*innen einen niedrigen Sozialstatus, weitere 37 Prozent (N=634) einen mittleren sowie 47 Prozent (N=807) einen hohen sozialen Status aufweisen. Verglichen mit den Daten der repräsentativen Referenzstichprobe aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (Lange et al., 2007) sind Kinder und Jugendliche der aktuellen Befragung mit hohem Sozialstatus deutlich über- und mit mittlerem und niedrigen Sozialstatus unterrepräsentiert. Eine große Mehrheit der Schüler*innen (N=1.786) haben nach eigenen Angaben oder nach Angabe ihrer Sorgeberechtigten bisher alle Jahrgangsstufen regulär durchlaufen. Rund 10 Prozent (N=209) mussten eine oder mehrere Klassen wiederholen. 1 Prozent (N=24) hat eine oder mehrere Jahrgangsstufen übersprungen, weitere 2 Prozent (N=33) geben an, die erste Klasse noch nicht durchlaufen zu haben.

Die befragten Sorgeberechtigten (N=2.064) waren zwischen 24 und 76 Jahren und im Durchschnitt 44 Jahre alt. 18 Prozent (N=387) sind alleinerziehend. In knapp 1 Prozent (N=14) der Fälle haben nicht die Eltern, sondern andere Sorgeberechtigte wie die Großeltern oder Betreuer*innen den Basis-Elternfragebogen Nr. 1 ausgefüllt.

Die befragten Lehrer*innen sind zwischen 26 und 65 und im Durchschnitt 43 Jahre alt (N=213). Der Frauenanteil unter den Befragten betrug 68 Prozent (N=148). Männer sind mit 32 Prozent (N=71) vertreten. Mit 52 Prozent (N=117) beteiligten sich an der Befragung Lehrende, die sowohl in der Sekundarstufe I als auch II unterrichten. Ein Drittel der Lehrenden (33%; N=71) unterrichtet sowohl in der Primarstufe als auch in der Sekundarstufe I. Deutlich seltener sind Lehrende vertreten, die in nur einer Bildungsstufe unterrichten (2% Primarstufe; 4% Sekundarstufe I; 7% Sekundarstufe II).

Die Mehrheit des befragten Lehrpersonals ist mit 66 Prozent (N=145) vollzeitbeschäftigt. Weitere 13 Prozent (N=29) gehen einer Teilzeitbeschäftigung mit 75 Prozent der regulären Arbeitszeit nach. 15 Prozent (N=14) sind mit 50 bis unter 75 Prozent beschäftigt. Ein Prozent (N=3) ist mit weniger als 50% der wöchentlichen Arbeitszeit beschäftigt. Mit 5 Prozent (N=10) sind ebenfalls Referendarinnen und Referendare vertreten.

Tab. 7: Baseline-Charakteristika der Befragungsteilnehmer*innen in Hessen

Schüler*innen und Sorgeberechtigte	<i>n</i> teilnehmend	<i>n</i> fehlend	<i>M (SD)</i> bzw. Anzahl	% bzw. [Range]
Bildungsstufe (N=2.880)	2.306	574		
Primarstufe (bis Klasse 4)			169	7
Sekundarstufe I (ab Klasse 5)			1.916	83
Sekundarstufe II			221	10
Alter - Schüler*innen (N=2.172)	2.114	58	13 (3)	[6–20]
6-10 Jahre			423	20
11-13 Jahre			852	40
14-18 Jahre			821	39
19 Jahre und älter			18	1
Geschlecht (N=2.172)	2.095	77		
weiblich			1.120	54
männlich			975	47
Alter - Sorgeberechtigte (N=2.287)	2.064	223	44 (6)	[24-76]
Sozioökonomischer Status (N=2.287)	1.715	572	6,5 (1,4)	[1-10]
niedrig			274	16
mittel			634	37
hoch			807	47
alleinerziehend (N=2.287)	2.115	172		
ja			387	18
nein			1.728	82
Subjektiver Sozioökonomischer Status (N=1.697)	1.464	233	6(1)	[1-10]
Migrationshintergrund (N=2.172)	1.576	596		
ohne			688	44
einseitig			316	20
beidseitig			572	36
Lehrpersonal (N= 219)	<i>n</i> teilnehmend	<i>n</i> fehlend	<i>M (SD)</i> bzw. Anzahl	% bzw. [Range]
Alter	213	6	43 (11)	[26-65]
Geschlecht	219	-		
weiblich			148	68
männlich			71	32
Unterrichtete Bildungsstufe	216	3		
Primarstufe (bis Klasse 4)			5	2
Sekundarstufe I (ab Klasse 5)			8	4
Primarstufe + Sekundarstufe I			71	33
Sekundarstufe1 und 2			117	54
Sekundarstufe II			15	7
Erwerbsumfang	219	-		
Vollzeit			145	66
Teilzeit ≥ 75%			29	13
Teilzeit ≥ 50 bis unter 70%			32	15
Teilzeit bis unter 50%			3	1
Referendariat			10	5

Anmerkungen. *M* = Mittelwert. *SD* = Standardabweichung. *N* = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

V Ergebnisse zur Ausgangslage: Projektsteuerung

1. Vorarbeiten der Projektträger

Ideengeber für das hier im Zentrum der Aufmerksamkeit stehende Projekt war 2009 der AWO Bezirksverband Potsdam. Die Arbeitsgruppe Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg nahm 2012 das Projekt „Schulkrankenschwester“⁴ in ihre Agenda auf. Das Plenum des Bündnisses beschloss dann, die brandenburgische Landesregierung und andere Beteiligte darum zu bitten, die für den Einsatz examinierter Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Seither wirken neben dem AWO Bezirksverband Potsdam viele Akteur*innen an der Umsetzung mit, unter anderem das brandenburgische Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, die AOK Nordost – die Gesundheitskasse und die Unfallkasse Brandenburg (UKBB).

In der ersten Phase von September 2013 bis April 2015 gab es einen fachlichen Austausch mit Beschäftigten in der Schulgesundheitspflege und der Universität Turku in Finnland und Polen. Mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds wurde durch den AWO Bezirksverband als Projektträger eine Machbarkeitsstudie (AWO 2015) erstellt. Drei große Arbeitspakete konnten umgesetzt werden: Die Aufgabenbereiche der „Schulgesundheitsfachkräfte“ wurden anhand internationaler Konzepte und Daten der Gesundheitsberichtserstattung für das Land Brandenburg angepasst. Zweitens erfolgte 2016 eine Machbarkeitsprüfung hinsichtlich der arbeitsmarktbezogenen, juristischen, strukturellen und finanziellen Bedingungen für das Land Brandenburg. Und drittens wurden aus den Ergebnissen Empfehlungen für ein Pilotprojekt an Modellschulen zusammengetragen.

Bereits in der ersten Phase zeigten andere Bundesländer Interesse an einer Kooperation. Im Jahr 2014 konnte das Hessische Ministerium für Soziales und Integration und das Hessische Kultusministerium zur Teilnahme am Modellprojekt gewonnen werden. Projektträger ist hier die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE).

In der zweiten Projektphase von Mai 2015 bis Mai 2016 wurde das Curriculum unter Einbeziehung eines Teams von Expert*innen vom AWO Bezirksverband Potsdam als praxistaugliche Zusatzqualifikation für die examinieren Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*innen entwickelt. Sechs Aufgabenbereiche wurden festgelegt:

- Gesundheitliche Versorgung mit dem Schwerpunkt Erstversorgung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Früherkennung
- Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/ Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule
- Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
- Interdisziplinäre Kooperation mit anderen Professionen und Institutionen

Seit August 2016 läuft nun die aktuelle dritte Projektphase: zehn examinierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*innen wurden in Brandenburg bis Oktober 2017 weitergebildet und die zehn in Hessen werden ihre Zusatzqualifikation im April 2018 abschließen. Ihre Arbeit an den Modellschulen haben die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*innen in Brandenburg am 06.02.2017 und in Hessen am 01.06.2017 aufgenommen.

⁴ Bereits seit Einführung des Krankenpflegegesetz 2004 lautet die offizielle Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“
vgl. https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html

Zeitgleich mit dem Start der dritten Projektphase hat das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung mit der Evaluation aus pflegewissenschaftlicher Perspektive begonnen. Das Curriculum und die durchgeführten Weiterbildungsmaßnahmen werden parallel durch die Gesellschaft zur Förderung sozialer Innovationen e.V. (GFSI) evaluiert. In Brandenburg wurde zusätzlich ein weiterer Evaluationsauftrag vergeben: Den Bereich „Bildung“ untersucht das Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften der Leuphana Universität Lüneburg. Das Modellprojekt ist damit einer intensiven und multiperspektivischen wissenschaftlichen Beobachtung ausgesetzt.

2. Projektsteuerung

Die Projektsteuerung findet auf mehreren Ebenen statt. Ein Gesamtsteuerungskreis wurde gebildet. Beide Bundesländer verfügen zudem über regionale Steuerungsgruppen.

2.1 Gesamtsteuerungskreis

Der Gesamtsteuerungskreis setzt sich wie folgt zusammen:

Tab. 8: Zusammensetzung des Gesamtsteuerungskreises beider Bundesländer

	Brandenburg	Hessen
Kassen	AOK – Die Gesundheitskasse Nordost	AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
	Unfallkasse Brandenburg	Unfallkasse Hessen
Projektträger	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bezirksverband Potsdam e.V.	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE)
Ministerium für Gesundheit	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (MASGF)	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Ministerium für Bildung	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (MBJS)	Hessisches Kultusministerium
Landesämter	Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit des Landes Brandenburg (LAVG)	
Gesundheitsämter (ÖGD, KJGD)	Vertreter*innen der Landkreise in Brandenburg	Vertreter*innen der Landkreise in Hessen
Kinder- und Jugendmedizin	Vertreter*innen der Kinder- und Jugendärzte	Vertreter*innen der Kinder- und Jugendärzte
		Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Hessen (LPPKJP)
Elternvertreter*innen		Landeselternbeirat Hessen
Sonstige		Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bezirksverband Hessen-Süd e.V.
Weiterbildungsträger/ Praxisbegleitung	AWO Fachschule für Sozialwesen Potsdam	Evangelische Hochschule Darmstadt
Berufsverband	Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)	

Universitäre Einrichtungen (Gäste)	Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin
	Justus-Liebig-Universität Gießen
	Universitätsklinikum Bonn

Anmerkungen. ÖGD = Öffentlicher Gesundheitsdienst. KJGD = Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Seit Beginn der wissenschaftlichen Begleitforschung gab es bisher ein Gesamtsteuerungskreistreffen in Frankfurt am Main am 16.01.2017 und eines am 21.06.2017 in Potsdam. Diskussionspunkte des Gesamtsteuerungskreises waren die Klärung der Dienst- und Fachaufsicht, die Ausstattung und Instandhaltung der Räumlichkeiten durch die Schulämter, der Verlauf der Weiterbildungsmaßnahme in den jeweiligen Bundesländern, die nächsten Schritte zur Verstetigung, Öffentlichkeitsarbeit, der Datenschutz, die Leistungsdokumentation für die Schulgesundheitspflege und der Sachstand der Evaluation.

2.2 Steuerungskreise der jeweiligen Bundesländer

Dem Steuerungskreis Brandenburg gehören Vertreter*innen folgender Einrichtungen an: AOK Nordost, Unfallkasse Brandenburg, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (MASGF), Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (MBJS) und Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit des Landes Brandenburg (LAVG). Er tagte 2015 viermal, 2016 neunmal und 2017 fünfmal, um Abstimmungen zum Curriculum, zur Vorbereitung und Umsetzung der dritten Modellphase (Weiterbildung und Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“), zum aktuellen Projektstand und anderen anstehenden Themen zu treffen.

Die HAGE wird von einer Steuerungsgruppe auf Landesebene fachlich beraten. Die Mitglieder und Gäste sind aus den folgenden Einrichtungen: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. Hessen, Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Evangelische Hochschule Darmstadt, Justus-Liebig-Universität Gießen (Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie), Landeselternbeirat Hessen, Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Hessen, Staatliches Schulamt Frankfurt am Main, Staatliches Schulamt Offenbach, Stadt Frankfurt am Main – Amt für Gesundheit, Stadtgesundheitsamt Offenbach und die Unfallkasse Hessen. Im Verlauf des Projektes kamen weitere Personen hinzu, die sich während der Umsetzungsphase als zentrale Partner*innen herausstellten. 2015 tagte der Steuerungskreis Hessen dreimal, 2016 zweimal, 2017 wieder dreimal, um über den Projektstand, Entwicklungen und Änderungen zu sprechen und verschiedenen Fragestellungen gemeinsam zu diskutieren.

2.3 Regionale Arbeitskreise

In Brandenburg trifft sich der Projektträger alle drei Monate pro Region mit den Akteur*innen vor Ort, um die lokalen Netzwerke zu unterstützen: Vertreter*innen der Schulen, der Schulträger, der Schulämter, der Gesundheitsämter und auch die „Schulgesundheitsfachkräfte“ nehmen teil. In 2018 sind insgesamt zwei Treffen geplant. Als Kooperationspartner der jeweiligen Region haben die Schulen, das Gesundheitsamt und der AWO Bezirksverband Potsdam eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. In zwei Modellregionen wurde diese von der Landrätin bzw. der Oberbürgermeisterin unterzeichnet. In der Kooperationsvereinbarung sind die Aufgaben und Pflichten des Projektträgers, die Aufgaben, Rechte und Pflichten der „Schulgesundheitsfachkraft“ und die Aufgaben des Gesundheitsamtes und der Schule sowie die Aufgaben des Arbeitskreises geregelt.

Auch in Hessen initiieren die Projektträger alle drei Monate Treffen in den jeweiligen Gesundheitsämtern der Stadt Frankfurt, der Stadt Offenbach und dem Landkreis Offenbach mit Ver-

treter*innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Kinder- und Jugendmedizin, der Arbeitskreise der Kinder- und Jugendärzte, den Schulleitungen und Mentor*innen der „Schulgesundheitsfachkräfte“. Ziele sind die fachliche Begleitung und Beratung, in einen Austausch mit den beteiligten Akteur*innen zu treten, Rückmeldungen zur Umsetzung zu erhalten (Gelingensfaktoren und Kritik) und eine Vernetzung mit anderen Fachdiensten im Gesundheitsamt zu erreichen.

3. Bewerbung und Außendarstellung des Projektes durch die Projektträger

Aus der Medienkritik ist hinlänglich bekannt, dass die Wahrnehmung eines Phänomens u.a. durch die Auswahl von Schlagworten, Bildern und Fotos selektiv beeinflusst wird (vgl. z.B. Jäckel 2011, Hepp & Winter 2006). Dies ist auch bei der Auseinandersetzung mit den von den Projektträgern erstellten Materialien zur Schulgesundheitspflege zu bedenken; sie senden entsprechende Botschaften und prägen die öffentliche Wahrnehmung dieser neuen Aufgabenfelder und der neuen Rolle der Pflege in entscheidender Weise.

3.1 Printmedien: Poster, Postkarten und Flyer

Beide Projektträger haben umfangreiches Informationsmaterial entwickelt. Die Poster zeigen jeweils ein Ausschnittfoto, auf dem ein Knie eines Kindes mit einem Pflaster darauf abgebildet ist: In Brandenburg ist das Mädchen im Grundschulalter, in Hessen der Junge eher jugendlich. In Brandenburg zieht sich das Motiv eines Puzzles durch das Material, auf dessen einzelnen Teilen folgende Schlagworte geschrieben stehen: „Schützen, Dasein, Trösten, Vertrauen, Vorsorgen, Helfen, Beraten, Zuhören“. Das Motto in Hessen für die Werbemittel lautet schlichter: „Kümmern, pflegen, da sein!“ (vgl. **Abb.1** umseitige Abbildungen).

Zusätzlich stellt die HAGE den „Schulgesundheitsfachkräften“ personalisierte Flyer mit Namen der „Schulgesundheitsfachkraft“ zur Verfügung mit Einleger in arabischer, türkischer und englischer Übersetzung, um die Erreichbarkeit der Eltern mit Migrationshintergrund zu erhöhen. Auch ein Einleger in Leichter Sprache wurde gestaltet und kann von der Webseite heruntergeladen werden. Eltern, Erziehungsberechtigte und Angehörige werden angesprochen, die Ziele des Einsatzes der „Schulgesundheitsfachkraft“ benannt und ihre Aufgabenbereiche beschrieben. In roter Schrift ist vermerkt, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ nicht die übliche ärztliche und pflegerische Versorgung der Kinder und Jugendlichen ersetze, aber die „Schulgesundheitsfachkraft“ ergänzen, unterstützen und vermitteln könne. Auf der Rückseite finden sich Informationen zum Projekt und die Kontaktadressen der „Schulgesundheitsfachkraft“ an der Schule sowie der HAGE. In Brandenburg wurde die Einverständniserklärung in Englisch, Persisch und Russisch übersetzt. Der Projektträger erstellte für die Schulen persönliche Postkarten mit dem Namen der „Schulgesundheitsfachkraft“ und den Aufgaben.



Abb. 1: Werbemittel der Projektträger AWO Bezirksverband Potsdam und HAGE

3.2 Digitale Medien: Webseiten und Filme

Beide Projektträger verweisen auf der Internetseite ihrer Einrichtung auf das Projekt „Schulgesundheitsfachkräfte“. Die Startseite des Projektes beim AWO Bezirksverband Potsdam gibt eine Einführung unter der Überschrift „Mehr als Erste Hilfe“. Der Film über die „Schulgesundheitsfachkräfte“ kann abgespielt werden und die Ansprechpartner sind aufgelistet. Des Weiteren kann unter folgenden Begriffen navigiert werden: „Standorte der Modellschulen und Projektpartner“, „Die Akteure in den Modellregionen“, „Unsere Schulgesundheitsfachkräfte“, „Modellprojekt“, „Wissenswertes“, „Fragen und Antworten“, „Machbarkeitsstudie“ und „Das Curriculum“ und „Pressemitteilungen & Berichte“.

Auf der HAGE Webseite gelangt man über die Reiter „Aktivitäten“ und dann „Gesund Aufwachsen“ zur Seite „Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte“. Unter folgenden Punkten steht ein kurzer Text, unter dem Button „mehr“ verbergen sich dann teilweise längere Textpassagen: „Projektbeschreibung“, „Ziele des Modellvorhabens“, Projektträger und Steuerungsgruppe Hessen“, „Evaluation“, „Auftaktveranstaltung Georg-Büchner-Schule in Frankfurt am Main“, „Beteiligte Schulen in Hessen“, „Die hessischen Schulgesundheitsfachkräfte“, „Wissenswertes“, „Presse und Berichte“. Auf der Seite finden sich zudem die Kontaktdaten, die Logos der Projektpartner in Hessen, sowie die Kinderpostkarte und die Infoflyer zum Herunterladen.

Auch haben beide Projektträger Filme produziert bzw. produzieren lassen. Der AWO Bezirksverbands Potsdam hat selbst einen 4,5 Minuten langen Beitrag über die „Schulgesundheitsfachkräfte“ erstellt, der auf der Webseite zu finden ist. Er beginnt damit, dass sich die oben genannten Puzzle-Teile zusammensetzen. Zunächst wird eine „Schulgesundheitsfachkraft“ vom Filmteam in eine Oberschule begleitet, Schüler*innen kommen zu Wort. Es sind kurze Sequenzen über die „Schulgesundheitsfachkräfte“ im Qualifizierungsunterricht zu sehen. Anschließend wird eine Grundschule mit einer anderen „Schulgesundheitsfachkraft“ bei ihrer Arbeit gezeigt und die Schulleiterin spricht. Es kommen diverse gesundheitsbezogene Themen zur Sprache, darunter alltägliche Verletzungen im Sport, allgemeiner Gesprächsbedarf der Schüler*innen mit einer Vertrauensperson, Umgang mit chronisch kranken Schüler*innen; aber auch Präventionsthemen wie gesunde Ernährung und Bewegung. Das letzte Wort hat ein Grundschüler: „Wenn sich einer dann verletzt, kann er denn zur Krankenschwester gehen.“

Den Film aus Hessen produzierte die AOK Hessen mit dem Titel: „Einen Tag unterwegs mit einer Schulgesundheitsfachkraft“. Der 4,2 Minuten lange Beitrag ist unter YouTube zu finden. Einge-

blendet werden mehrere Fragen, die erste, „Warum braucht die [Name] Schule eine Schulgesundheitsfachkraft?“ beantwortet die Rektorin. Alle weiteren richten sich dann an eine „Schulgesundheitsfachkraft“, die z.B. erzählt, was sie in der Vorbereitungsphase gelernt hat, welches grundlegende Konzept sie verfolgt oder welche Projekte sie für die nächste Zeit plant. Zwischendurch sehen wir immer wieder die „Schulgesundheitsfachkraft“ in Interaktion mit den Schüler*innen und wie sie üben, einen Handverband anzulegen. In den Interviews werden folgende Gesundheitsthemen angeführt: Verletzungen im Schulhof/ Sportunterricht, Bauch- und Kopfschmerzen, Notwendigkeit von Zuwendung und Ansprache durch eine Vertrauensperson, sowie Präventionsprojekte zu Ernährung, Bewegung oder Sexualverhalten.

3.3 Landeskonzferenz Hessen „Gesund Lernen in der Schule“

Für Aufmerksamkeit sorgte die Vorstellung des Modellprojektes bei der Landeskonzferenz Hessen „Gesund Lernen in der Schule“ am 07.12.2016. Inhaltlich wurde dabei der Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Gesundheit und Bildung herausgestellt und damit die Wichtigkeit der Förderung benachteiligter Kinder und Jugendlicher vor allem mit Migrationshintergrund unterstrichen. Einig waren sich die Teilnehmenden, dass Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule von hoher Relevanz sei, da Kinder dort viel Zeit verbringen. Die Gesundheitskompetenz an Schulen müsse gestärkt werden, sagte der Staatssekretär Dr. Wolfgang Dippel des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration.⁵

3.4 Auftaktveranstaltungen

In Brandenburg fand die Auftaktveranstaltung für das Modellprojekt am 23.02.2016 unter großer ministerialer Beteiligung und mit Vertreter*innen der AOK Nordost, der Unfallkasse Brandenburg und des Landesamtes für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit statt. Einen Beitrag erbrachten ebenso eine Ärztin und eine Schulkrankenschwester der dänischen Minderheit Schleswig-Holsteins. Umrahmt war das Programm von Vorführungen der Schüler*innen der gastgebenden Schule. Im Mittelpunkt stand die Vorstellung der auszubildenden „Schulgesundheitsfachkräfte“ Brandenburgs: Der oben genannte Film wurde erstmals gezeigt und die Webseite online gestellt. Betont wurde in mehreren Ansprachen, dass die Schulgesundheitspflege ein ergänzendes Angebot zu dem nun seit 10 Jahren geförderten Landesprogramm „Gute gesunde Schule“ darstelle. Der Leiter des Unternehmensbereiches Prävention der AOK Nordost zeigte, dass die „Schulgesundheitskräfte“ nicht alleine zum Thema Gesundheit in der Schule arbeiten müssten, da schon viele verschiedene Programme und Methodenkoffer zur Nutzung abrufbar wären.

Bei der Auftaktveranstaltung in Hessen am 26.09.2017 war die zuständige Referatsleitung aus dem Hessischen Kultusministerium vertreten. Zum inhaltlichen Auftakt hielt Andreas Kocks ein Fachvortrag zum Thema „Das internationale Modell der School Health Nurse“. Wie in Brandenburg wurde der oben genannte Film gezeigt und die Vorstellung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ stand im Mittelpunkt. Eine Moderatorin der HAGE interviewte die auf dem Podium sitzenden „Schulgesundheitsfachkräfte“ auf hohem wissenschaftlichen Niveau zu ihren Tätigkeiten und ihrem Selbstverständnis in der neuen Rolle an der Schule. Ebenfalls bot die gastgebende Schule ein Rahmenprogramm und die AOK Hessen stellte Gesundheitsförderungsprogramme vor und lud zur Vernetzung ein. Ein wichtiger inhaltlicher Schwerpunkt wurde in Hessen auf die Ermöglichung des gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen unabhängig von der sozialen Lage der Eltern gelegt. Gesundheit solle in Schule langfristig verankert, chronisch Kranke sollen sichtbar und die Akzeptanz von Diversität solle gefördert werden, so Dieter Schulenberg, Geschäftsführer von der HAGE im Schlusswort.

⁵ Das Programm und die Präsentationen der Referent*innen wurden von der HAGE online gestellt unter: <http://www.hage.de/aktivitaeten/gesund-aufwachsen/landeskonzferenzen/5-landeskonzferenz-hessen-gesund-aufwachsen.html>

4. Auswahl der teilnehmenden Schulen

Die Steuerungskreise beider Bundesländer haben sich auf folgende Minimalkriterien für die Schulauswahl verständigt, „um für die wissenschaftliche Evaluation des Modellprojektes in beiden Bundesländern vergleichbare Schulen auszuwählen“ (laut des Schreibens der AWO Bezirksverband Potsdam):

- Die Schule ist eine allgemeinbildende Schule.
- Die Schule verfügt über die notwendige räumliche und technische Ausstattung, bzw. ist bereit, diese zu schaffen.
- Die Schule verfügt über ein Ganztagesangebot.
- Die Schulleitung verfasst ein Motivationsschreiben zur Teilnahme an dem Modellprojekt.

Darüber hinaus gibt es länderspezifische Auswahlkriterien bzw. Konkretisierungen der oben genannten Punkte. So legte beispielsweise der AWO Bezirksverband Potsdam für den Punkt 4 das Verfahren fest, dass die Schulleitung ein Motivationsschreiben zu verfassen habe, indem der Bedarf dargestellt und die Bereitschaft zur Umsetzung eines entsprechenden Schulentwicklungsprozesses sowie zur Teilnahme an der projektbegleitenden Evaluationsstudie erklärt wird. Dem Schreiben sollte je ein projektbezogenes positives Votum der Lehrer- und der Gesamtschulkonferenz beigelegt werden sowie eine schriftliche Einwilligung des Schulträgers. Im Folgenden werden die im Modellprojekt teilnehmenden Schulen vorgestellt und anhand dieser Auswahlkriterien überprüft.

4.1 Schulform und Verteilung (Sozialraum bezogene Merkmale)

Gewünscht wurde für Brandenburg, dass Grundschulen, Oberschulen (möglichst in Verbindung mit einer Grundschule) mit angeschlossener Primarstufe, Gesamtschulen, Gymnasien oder Oberstufenzentren im Modellprojekt beteiligt sein sollen. Der Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ ist in den Klassenstufen 1 – 10 (1 – 6 Grundstufe, 7 – 10 Sekundarstufe) vorgesehen. Die Schulen bewarben sich um die Teilnahme beim Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (MBJS), dort erfolgte die Auswahl nach internen Kriterien.

Als Flächenland verfügt Brandenburg über viele kleine Schulen. Da auch die ländlichen Regionen ins Modellprojekt einbezogen werden sollten, wurde vom Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (MBJS) die ursprünglich geplante Anzahl der Schulen von zehn auf 20 erhöht. Letztlich nehmen 12 Grundschulen, sechs Oberschulen, eine Oberschule mit integrierter Grundstufe und ein Oberstufenzentrum am Modellprojekt teil, die durch „Häuschen“ in der umseitigen **Abb. 2** gekennzeichnet sind. Die beiden Schulen in Perleberg waren zur Zeit der Erhebung nicht mit einer „Schulgesundheitsfachkraft“ besetzt, deshalb beziehen sich die untenstehenden Auswertungen jeweils immer auf 18 Schulen.

In Hessen nehmen vier integrierte Gesamtschulen teil (eine davon mit Grundstufe), eine kooperative Gesamtschule, eine Grund-, Haupt- und Realschule mit Förderstufe und vier Gymnasien. Die räumliche Verteilung ist in der umseitigen **Abb. 3** zu sehen. Die HAGE sah vor, Schulen auszuwählen, die unter schwierigen sozialen Bedingungen gemäß dem Sozialindex arbeiten. Ausschlaggebend waren die Anteile der Arbeitslosen und der SGB II-Empfänger (Hartz IV) an der Wohnbevölkerung des Einzugsgebietes. Ebenso der Anteil der Einfamilienhäuser an der Gesamtzahl der Wohnungen des Einzugsgebietes und der Anteil der Zugewanderten unter den Schüler*innen jeder Schule. Zudem sollte die Schule über eine Stelle der Schulsozialarbeit verfügen und im Rahmen der Elternarbeit auch Kurse für Eltern anbieten (z.B. „Mama lernt Deutsch“).

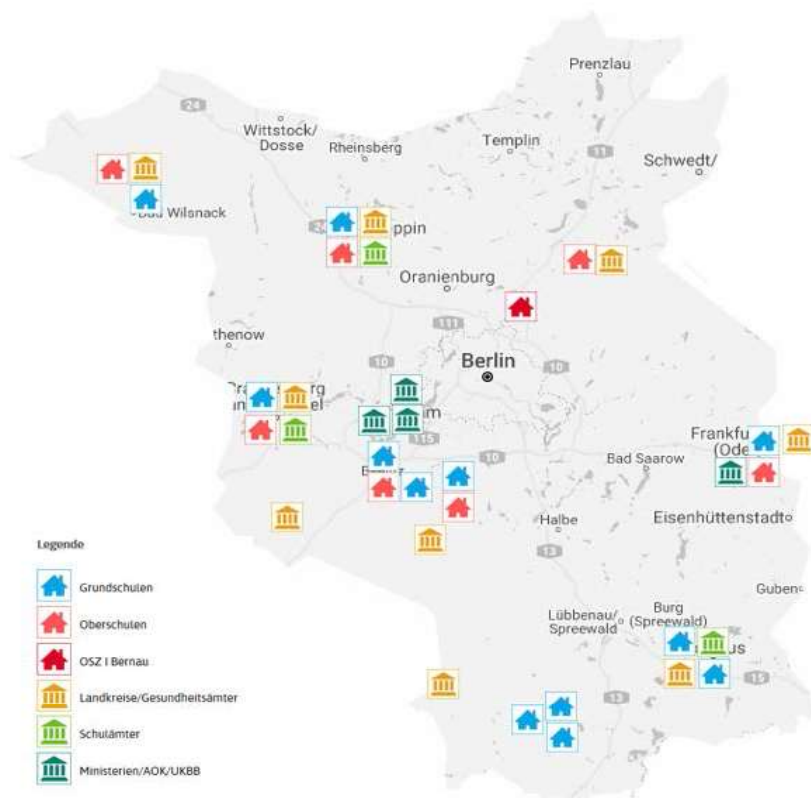


Abb. 2: Räumliche Verteilung der Modellschulen in Brandenburg

Quelle: <https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/die-schulen.html>, letzter Zugriff am 28.03.2018

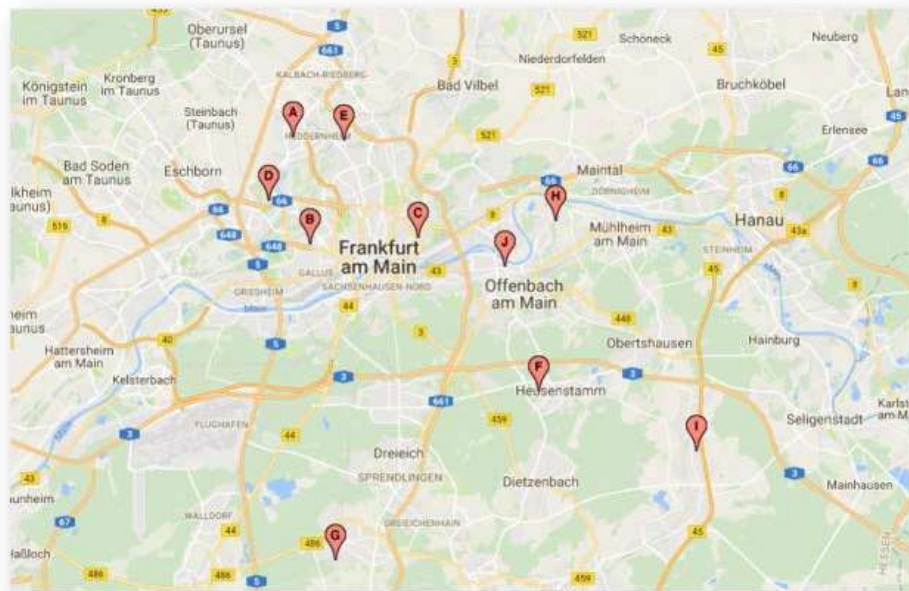


Abb. 3: Räumliche Verteilung der Modellschulen in Hessen

Quelle: <http://www.hage.de/aktivitaeten/gesund-aufwachsen/projekte/schulen.html>, letzter Zugriff am 17.11.2017

4.2 Vorbereitungen der Schulen auf das Modellprojekt

In Brandenburg wurden die teilnehmenden Modellschulen durch Informationsveranstaltungen des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (MBS) auf das Projekt vorbereitet. Auf Einladung nahm der AWO Bezirksverband Potsdam an Schulkonferenzen einzelner zukünftiger Modellschulen teil. Im Brandenburger Steuerungskreis wurde der Beschluss gefasst, jeder „Schulgesundheitsfachkraft“ eine*n Mentor*in zur Seite zu stellen. Vor Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ wurden die Schulen vom Projektträger gemeinsam mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ besucht. Ein Treffen aller Mentor*innen und „Schulgesundheitsfachkräfte“ wurde am 16.02.2017 organisiert. Die Charité Mitarbeiterinnen waren dazu eingeladen, um das Evaluationskonzept vorzustellen.

In Hessen führte die HAGE am 17.12.2015 die erste Informationsveranstaltung für interessierte Schulen durch. Am 17.01.2017 wurden die regional zuständigen Schul- und Gesundheitsämter ausführlich über das Projekt informiert und um Unterstützung gebeten. Nach der Schulauswahl gab es am 01.03.2017 ein Treffen mit allen Schulleiter*innen bzw. Mentor*innen vor dem Start der Auswahl der „Schulgesundheitsfachkräfte“. Informationsschreiben für Schulleiter*innen und Mentor*innen wurden verfasst und PowerPoint-Foliensätzen an die interessierten Schulleitungen für die eigene Gremienarbeit zur Verfügung gestellt. Die HAGE erläuterte das Modellprojekt auf Anfrage bei Gesamt- bzw. Schulkonferenzen und auch in Elternabenden und bei Elternbeiratssitzungen. Letztlich wurde jede Schule vor Beginn der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ besucht und die zukünftigen Arbeitsräume besichtigt. Das Evaluationskonzept wurde von einer Charité Mitarbeiterin bei einem Treffen der „Schulgesundheitsfachkräfte“, deren Mentor*innen und teilweise der Schulleiter*innen am 29.05.2017 beim Weiterbildungsträger, der Evangelischen Hochschule Darmstadt vorgestellt.

5. Einordnung und Kommentar

Wie an den Ausführungen in diesem Kapitel deutlich wurde, ist das Modellprojekt in ein komplexes Strukturgefüge eingebettet, das sich sowohl aus wissenschaftlichen Einrichtungen, Behörden sowie weiteren Akteurs- und Interessengruppen zusammensetzt. Dieser strukturelle Rahmen erweist sich sowohl hinderlich wie auch förderlich für den Projektverlauf.

Als hemmend muss der kontinuierlich hohe Abstimmungs- und Konsentierungsbedarf zwischen den Beteiligten betrachtet werden. Für die Projektträger sowie für das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung ist es immer wieder herausfordernd, die heterogenen Interessen und Erwartungen miteinander in Einklang zu bringen. Die zum Teil diversen länderspezifischen rechtlichen Grundlagen führten ebenfalls zu Verzögerungen im Modellvorhaben: Die zeitliche Struktur driftete wegen der unterschiedlich langen Abklärungsbedingungen der Bundesländer auseinander. Die Einstellung der auszubildenden Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in Hessen musste verschoben werden, letztlich nahmen sie fünf Monate nach den Brandenburgern ihre Weiterqualifizierung auf (zum 01.04.2017, in Brandenburg zum 01.11.2016). Für die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation bedeutet dies, dass die Organisation, Durchführung und Auswertung der quantitativen und qualitativen Erhebungen in zwei auseinanderliegenden Zeitphasen zu leisten ist und damit eines immens höheren Aufwandes bedarf.

Als förderlich für das Gesamtprojekt kann die Perspektivenvielfalt und die umfassende Expertise der Akteur*innen innerhalb der komplexen Netzwerkstrukturen angesehen werden. Es zeigt sich, dass der konsensorientierte Ansatz im Modellvorhaben neue Wege beschreitet: So stimmten sich beispielsweise die Bildungs- und Gesundheitsministerien eng untereinander ab, was in ihren jeweiligen Aufgabenfeldern bisher nicht üblich war und womöglich auch nicht als notwendig angesehen wurde. Dies entspricht der von der WHO proklamierten Strategie „Health in all policies“, bei der gesundheitliche Aspekte auf allen Ebenen und Bereichen von Politik und Gesellschaft berücksichtigt werden sollen.

Ebenfalls neuartig ist das Berufsprofil einer „Schulgesundheitsfachkraft“ in Deutschland. Es ist noch nicht weitreichend bekannt und Pflegekräfte sind bislang kaum in allgemeinbildenden Schulen präsent. Somit geht es in diesem Projekt auch darum, ein neues Berufsbild zu konturieren und dessen Profil zu schärfen. Eine deskriptive Darstellung der vorläufigen „Profilierung“ im Rahmen des Modellprojekts erfolgt am Ende der Evaluation, wobei auf die unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Akteur*innen eingegangen wird.

Zum jetzigen Zeitpunkt lassen die Mediendarstellungen der Projektträger ein erstes Profil einer „Schulgesundheitsfachkraft“ erkennen und geben die in Printmedien und YouTube Videos verwendeten Bildsprache vor: Sie nutzen das Pflaster als Tätigkeitssymbol. Dazu werden bestimmte Vokabeln in Umlauf gebracht: „Schützen, Dasein, Trösten, Vertrauen, Vorsorgen, Helfen, Beraten, Zuhören, Kümmern, Pflegen“.

Nach der qualitativen Erhebung mit Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen wird zu diskutieren sein, ob die Zielgruppen der Schulgesundheitspflege die gleichen Bezeichnungen nutzen bzw. wie die von den Projektträgern vorgegebene Sprachlichkeit die Bewertung der Tätigkeiten beeinflusst und ein Bild entwirft, was unter Schulgesundheitspflege zu verstehen ist.

Die vor Projektbeginn formulierten Teilnahmekriterien zur Auswahl der Schulen konnten offensichtlich zum großen Teil nicht erfüllt werden. Die räumliche Verteilung der Schulen hat für Hessen den Vorteil, dass die Schulen zentral im Rhein-Main-Gebiet liegen. Für die Projektsteuerung durch den AWO Bezirksverband Potsdam in Brandenburg und auch für die Durchführung der Erhebungen durch das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung ist die doppelte Anzahl und die regionale Streuung der teilnehmenden Schulen über das Flächenland dagegen eine große logistische Herausforderung. Die Schulformen variieren hinsichtlich des Alters und des Bildungsstands der Schüler*innen, woraus sich unterschiedliche schulspezifische Bedarfslagen ableiten. In Brandenburg nehmen zwölf Grundschulen teil, in Hessen vier Gymnasien und Schulen mit vorwiegend älteren Schüler*innen. So wurde von der HAGE beispielsweise beobachtet, dass die Gymnasien weniger Ressourcen hätten, die persönliche Vorstellung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in den einzelnen Klassen zu ermöglichen, da beispielsweise keine Klassenleiterstunden zur Verfügung stünden. Weitere Merkmale der Schulen, die die Ausgangslage der Schulgesundheitspflege bestimmen, finden sich im folgenden Kapitel.

VI Ergebnisse zur Ausgangslage auf Systemebene: Die Schulen

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Analyse der Ausgangslage an den Schulen in Brandenburg und Hessen beschrieben. Beginnend mit der Darstellung der an den Schulen beschäftigten Berufsgruppen und deren Beschäftigungsumfang, sollen mögliche schulinterne Kooperationspartner*innen der „Schulgesundheitsfachkräfte“ identifiziert werden. Zudem werden ausgewählte strukturelle Merkmale und Betreuungsangebote aufgeführt, die teils Voraussetzungen für den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ waren. Dabei wird auch auf mögliche Attraktivitätsmerkmale der Schulen aus Sicht der Schulleiter*innen eingegangen.

Etwas genauer werden Maßnahmen und Bedingungen zur Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung aus Sicht der Schulleiter*innen, der Schüler*innen, ihrer Eltern und des Lehrpersonals betrachtet.

1. Brandenburg

1.1 Merkmale des Lehrpersonals und anderer Mitarbeitenden in Brandenburg

Die Schulleiter*innen wurden gebeten, Qualifikation und Anzahl des Schulpersonals anzugeben, um daraus mögliche schulinterne Kooperationspartner*innen für die Schulgesundheitspflege ableiten zu können (Tab. 9). Auch hier zeigen sich für den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ deutlich heterogene Bedingungen. Insgesamt sind an 16 von 18 Schulen Sonderpädagogen*innen beschäftigt. Deren Anwesenheit beträgt in 11 Schulen 5 Tage in der Woche. Schulpsycholog*innen gibt es an 4 Schulen, davon wurden bei dreien ein Beschäftigungstag in der Woche angegeben. Schulsozialarbeiter*innen sind an 14 Schulen beschäftigt mit einer Anwesenheit in der Woche zwischen 2 und 5 Tagen. Heraus sticht hier die Karl-Sellheim-Schule in Eberswalde hervor, die bei einer gleichzeitig sehr hohen Zahl an unterrichteten Schüler*innen 4 Schulsozialarbeiter*innen an 5 Tagen in der Woche beschäftigt und die höchste Zahl an Integrationshelfer*innen, Schulbegleiter*innen und Schul- bzw. Integrationsassistenten (16 an 5 Tagen die Woche) aufweist.

Erst gegen Ende des Modellvorhabens wird sich zeigen, welche schulinternen Netzwerke von den „Schulgesundheitsfachkräften“ geknüpft werden und wie die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen ausgestaltet wird. Die Voraussetzungen an den Schulen sind jedoch nicht für alle „Schulgesundheitsfachkräfte“ gleich. An annähernd allen Schulen ist eine Zusammenarbeit mit Sonderpädagoginnen und -pädagogen sowie an den meisten mit Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeitern grundsätzlich möglich. Deutlich seltener sind jedoch Schulbegleiter*innen, -assistent*innen bzw. Integrationshelfende beschäftigt. Die wenigsten haben die Möglichkeit einer internen Zusammenarbeit mit einer Schulpsychologin oder einem -psychologen. Um die Expertise der nicht vor Ort ansässigen Berufsgruppen dennoch nutzen zu können, muss in Abhängigkeit der Bedarfslage an den Schulen dafür Sorge getragen werden, dass eine Zusammenarbeit, gegebenenfalls mit externen Partnern, dennoch gegeben ist. Die Leistungsdokumentation der „Schulgesundheitsfachkräfte“ wird gegen Projektende auch darüber Aufschluss geben, wie hoch der Bedarf an den Schulen tatsächlich ist.

Tab. 9: Anzahl der Beschäftigten und der Beschäftigungstage in der Woche pro Schule und Berufsgruppe

Schule	Ort	Schulform	Schüler*innen	Lehrer*innen		Verwaltungs- bzw. Sekretariatsmitarbeiter*innen	Sonderpädagoginnen und -pädagogen		Schulpsychologinnen und -psychologen		Schulsozialarbeiter*innen		Integrationshelfer*innen, Schulbegleiter*innen, Schul- bzw. Integrationsassistenten	
			Anzahl	Anzahl	Besetzte Vollzeitstellen	Anzahl	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage
Grundschule Gebrüder Grimm	Brandenburg (a. d. Havel)	Grundschule	325	25	22	4	3	12	0	0	1	5	8	5
Nicolaischule - Städtische Oberschule	Brandenburg (a. d. Havel)	Oberschule	300	28	26	2	1	5	1	1	1	4	1	5
Diesterweg-Grundschule	Beelitz	Grundschule	411	25	22	2	2	5	-	-	1	4	1	5
Solar-Oberschule Beelitz	Beelitz	Oberschule	268	24	20	1	2	5	0	0	1	5	0	0

Schule	Ort	Schulform	Schüler*innen	Lehrer*innen		Verwaltungs- bzw. Sekretariats- mitarbeiter*innen	Sonderpädagoginnen und -pädagogen		Schulpsychologinnen und -psychologen		Schulsozialarbeiter*innen		Integrationshelfer*innen, Schulbegleiter*innen, Schul- bzw. Integrationsas- sistenz	
			Anzahl	Anzahl	Besetzte Vollzeit- stellen	Anzahl	Anzahl	Beschäftigungs- tage	Anzahl	Beschäftigungs- tage	Anzahl	Beschäftigungs- tage	Anzahl	Beschäftigungs- tage
Grundschule Trebbin	Trebbin	Grundschule	317	15	13	1	1	4	0	0	1	2	0	0
Goethe- ober- schule Trebbin	Trebbin	Ober- schule	170	17	15	4	2	2	0	0	0	0	0	0
Grund- schule Blanken- see	Blanken- see	Grund- schule	158	12	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0

Schule	Ort	Schulform	Schüler*innen	Lehrer*innen		Verwaltungs- bzw. Sekretariatsmitarbeiter*innen	Sonderpädagoginnen und -pädagogen		Schulpsychologinnen und -psychologen		Schulsozialarbeiter*innen		Integrationshelfer*innen, Schulbegleiter*innen, Schul- bzw. Integrationsassistenten	
			Anzahl	Anzahl	Besetzte Vollzeitstellen	Anzahl	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage
Europaschule Regine-Hildebrandt-Grundschule	Cottbus	Grundschule	425	32	25	1	4	5	1	1	1	5	3	4
Fröbel-Grundschule Cottbus	Cottbus	Grundschule	302	21	18	1	2	5	0	0	1	5	2	5
Grundschule Rückersdorf	Rückersdorf	Grundschule	155	12	10	2	3	4	0	0	0	0	7	5
Grundschule Nehesdorf	Finsterwalde	Grundschule	269	18	17	1	2	5	0	0	1	5	2	5
Grundschule Stadtmitte	Finsterwalde	Grundschule	243	21	13	1	4	5	-	-	1	5	1	2
OSZ I Barnim – Abteilung 1	Bernau bei Berlin	berufsbildende Schule	130	12	57	3	1	-	1	-	1	-	1	-
Karl-Sellheim-Schule	Eberswalde	Oberschule mit Grundstufe	711	75	75	2	-	5	0	0	4	5	16	5

Schule	Ort	Schulform	Schüler*innen	Lehrer*innen		Verwaltungs- bzw. Sekretariatsmitarbeiter*innen	Sonderpädagoginnen und -pädagogen		Schulpsychologinnen und -psychologen		Schulsozialarbeiter*innen		Integrationshelfer*innen, Schulbegleiter*innen, Schul- bzw. Integrationsassistenten	
			Anzahl	Anzahl	Besetzte Vollzeitstellen	Anzahl	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage
Oberschule "Ulrich von Hutten" Frankfurt (Oder)	Frankfurt (Oder)	Oberschule	472	38	-	1	0	0	0	0	2	5	0	0
Grundschule "Lenné" Frankfurt (Oder)	Frankfurt (Oder)	Grundschule	351	27	-	3	5	5	-	-	-	-	5	5
Grundschule "Wilhelm Gentz" Neuruppin	Neuruppin	Grundschule	201	15	12	2	2	5	1	1	1	1	7	5
Oberschule "Alexander Puschkin" Neuruppin	Neuruppin	Oberschule	311	24	22	1	1	1	0	0	1	4	11	5

Anmerkungen. - = keine Angabe. Beschäftigungstage = Anzahl der Schultage im Laufe einer Woche.

1.2 Angebote der Schulen in Brandenburg

Ganztages- und Betreuungsangebote, warmes Mittagessen

Ein Kriterium des Projektträgers für die Teilnahme am Modellprojekt war das Ganztagesangebot. Dies konnte anhand der über den Bildungsserver Berlin Brandenburg bereitgestellten Informationen nicht für alle 18 Schulen bestätigt werden: nur 10 Schulen haben dort dieses Angebot eingetragen, darunter alle Grundschulen.⁶ 11 von 18 Schulen halten nach Aussagen der Schulleiter*innen einen Hort oder ein anderes Betreuungsangebot vor. An 4 Oberschulen sind weder das Ganztagesangebot noch andere Betreuungsangebote angegeben. In allen 18 Schulen gibt es die Möglichkeit eines warmen Mittagessens. 12 Schulleiter*innen geben an, dass bei der Auswahl der Speisen auf eine gesunde Ernährung geachtet wird.

Strukturelle Ausstattung

Um am Ende des Projektes darüber Aussagen machen zu können, ob die Schulgesundheitspflege auch auf die räumliche oder technische Ausstattung der Schule einwirken konnte, wurden die Schulleiter*innen befragt, welche Strukturen in ihren Schulen bereits vorhanden sind (Mehrfachnennungen waren möglich). Alle 18 Schulen verfügen über eine Turn-/ Sporthalle, 13 kreuzten den „bewegungsfördernden Pausenhof“ an. Insgesamt 14 Schulen haben einen Sportplatz, 11 einen Fußballplatz, 10 einen Spielplatz und ebenfalls 10 eine Laufbahn. Einen Entspannungsraum weisen 7 Schulen auf, 2 ein Schwimmbad und eine Schule hat einen Bereich zum Skaten. Darüber hinaus gibt es noch einzelne Bewegungs- und Sportgelegenheiten wie einen Basketballplatz, einen Fitnessraum, einen nahegelegenen Badesee, Tischtennis-Platten und Schach auf dem Schulhof. Insgesamt 9 von 16 Schulleiter*innen wünschen sich weitere Bewegungs- und Sportgelegenheiten.

Barrierefreie Bauelemente und Hilfsmittel wurden ebenfalls erfragt: 7 von 18 Schulen verfügen über eine Rampe, 6 über einen Aufzug, 8 über eine barrierefreie Toilette. Paneelen zur Schallabsorption in den Klassenräumen gibt es an 9 Schulen, Lupen an 3 und an einer Schule ein Lesecomputer. Eine Schule hält Blindenschrift und ein Leitsystem vor, eine andere Schalldämmung, Tageslichtlampen und vergrößertes Arbeitsmaterial.

Attraktivitätsmerkmale der Schulen aus Sicht der Schulleiter*innen

Um zu Projektende diskutieren zu können, ob die Schulgesundheitspflege ein Angebot ist, das Eltern attraktiv finden, wurden die Schulleiter*innen befragt, welche Merkmale der Schule ihrer Meinung nach hauptsächlich dazu beitragen, dass Eltern die Schule für ihre Kinder auswählen. Mehrfachnennungen waren möglich. Es ergibt sich folgendes Ranking bei den vorgegebenen Merkmalen (jeweils auf 18 Schulen bezogen):

- 17 x Wohnortnähe
- 12 x Guter Ruf bei den Eltern sowie Schülerinnen und Schülern
- 8 x Ganztagsbetreuung
- 7 x Hort, Hausaufgabenbetreuung u.a. temporäre Betreuungsangebote
- 7 x Moderne Ausstattung
- 4 x Kleine Klassen
- 4 x Inklusionsschule
- 2 x Profil „gute gesunde Schule“ / „gesundheitsförderliche Schule“

4 Schulen gaben ein anderes Profil an und zwar: „berufsorientierende Profilierung“, „Fröbel Pädagogik“, „Naturparkschule“, „Schule mit hervorragender Berufsorientierung“. Zudem wurden in der Zeile „Sonstiges“ weitere Merkmale aufgeführt, die aus Sicht der Schulleiter*innen dazu beitragen, dass sich Eltern für ihre Schule entscheiden: „Anfangsunterricht flexibel“, „Ausbildungsstätte“, „Geschwisterkinder“, „Eltern waren bereits Schüler an der Schule“, „Schulbezirk

⁶ Vgl. <https://bildung-brandenburg.de/schulportraits/index.php?id=uebersicht&schulnr=101461>

für Grundschulen verbindlich“. Aus den Nennungen der Schulleiter*innen geht hervor, dass das ein Gesundheitsprofil für Eltern weniger attraktiv ist als andere Merkmale.

Schulische Gesundheitsförderung und Prävention

Eine weitere Bedingung zur Teilnahme war in Brandenburg die Umsetzung des Landesprogramms „Gute gesunde Schule“ der AOK Nordost bzw. die Bereitschaft, dieses parallel zur Einführung der „Schulgesundheitsfachkraft“ mitzumachen. Auf die Frage „Hat Ihre Schule das Profil ‚gute gesunde Schule‘, ‚gesundheitsfördernde Schule‘ oder ein vergleichbares Profil?“ haben 13 von 18 Schulleiter*innen mit „Nein“ geantwortet, lediglich 3 mit „Ja“ und 2 mit „in Planung“. In 6 von 18 Schulen sind nach Aussagen der Schulleiter*innen Interventionen zur Gesundheitsförderung durch ein ganzheitliches Konzept im Leitbild und Schulprogramm verankert. In 13 Schulen finden regelmäßig Maßnahmen zur Gesundheitsförderung statt, in 2 punktuelle.

Als reguläre Präventionsmaßnahmen werden an 16 der 18 Schulen insbesondere zahnärztliche und schulärztliche Untersuchungen durchgeführt, 12 der 18 Schulleiter*innen gaben zudem Hygienemaßnahmen bei Infektionsgeschehen an. Impfungen finden nach Aussage der Schulleiter*innen an keiner der Schulen als reguläre Maßnahme statt.

Über den regulären Unterricht hinaus gibt es nach Aussagen der Schulleiter*innen folgende gesundheitsbezogenen Maßnahmen an der Schule (Mehrfachnennungen waren möglich):

- 18 x Erste Hilfe
- 15 x Bewegung
- 14 x Ernährung
- 14 x Kommunikation und Konfliktbewältigung
- 12 x Genuss-/ Suchtmittel
- 10 x Stress/ Entspannung
- 9 x soziale Beziehungen und Gesundheit
- 9 x Umwelt und Gesundheit
- 4 x Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)
- 1 x Sprecherziehung (unter „Sonstige“)

„Erste Hilfe“ wird zumeist in der Lehrerfortbildung (17 Nennungen) und im Fachunterricht (10 Nennungen) umgesetzt. Das Thema „Stress/ Entspannung“ wird an den meisten Schulen in der Lehrerfortbildung besprochen (14 Nennungen), hier gibt es nur 6 Nennungen beim Fachunterricht. Im Fachunterricht dominiert sonst „Ernährung“ (17 Nennungen), „Umwelt und Gesundheit“ (15 Nennungen) und „Kommunikation und Konfliktbewältigung“ (12 Nennungen). Das Pausenangebot sieht zumeist „Bewegung“ vor (11 Nennungen) und „Kommunikation und Konfliktbewältigung“ (8 Nennungen). Wahlpflichtangebote sind zumeist „Umwelt und Gesundheit“ (6 Nennungen) und „Ernährung“ (5 Nennungen). Die meisten Arbeitsgemeinschaften gibt es zu „Bewegung“ (10 Nennungen) und zu „Ernährung“ (7 Nennungen), ebenso Projekttag (10 Nennungen zu „Bewegung“, 12 Nennungen zu „Ernährung“). Die meisten Infoveranstaltungen werden zu „Genuss/ Suchtmittel“ (5 Nennungen) abgehalten. In der Rubrik „gar nicht“ findet sich die „Betriebliche Gesundheitsförderung“ mit 6 Nennungen. Bezogen auf die Schüler*innen finden also die meisten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu den beiden Themen „Bewegung“ und „Ernährung“ statt. Auf die gesamte Schulzeit gesehen führen auch hier „Bewegung“ (12 Nennungen) und „Ernährung“ (9 Nennungen) die Liste an.

Auf die Frage, wo die Schulen Unterstützungsbedarf zur Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung sehen, antworteten 17 der 18 Schulleiter*innen, dass sie personelle Unterstützung bräuchten und 16 von 17 benötigen auch finanzielle Hilfen. Thematische und konzeptionelle Unterstützung wird bei 11 bzw. 10 von 16 Schulen gewünscht. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Unterstützung bei der Organisation: 11 von 17 melden Bedarf an, und 10 von 16 bei der Prozessberatung. Bei der Bedarfsermittlung bräuchten nur 5 von 15 Unterstützung.

Ebenso interessant ist, wie sich die Zusammenarbeit der Schulen mit außerschulischen Einrichtungen des Gesundheitswesens entwickelt: Bisher bewerten 11 von 17 antwortenden Schulleiter*innen auf der Notenskala von „sehr gut“ bis „ungenügend“ die Zusammenarbeit mit „gut“, 3 mit „befriedigend“, 2 mit „sehr gut“ und eine mit „ausreichend“. Probleme in der Zusammenarbeit wurden von den Schulleitern*innen wie folgt benannt: 3 gaben personelle Engpässe im Gesundheitswesen bzw. in den Schulen an, eine schrieb „Netzwerk braucht Zeit“, eine andere hält die „Lehrergeneration für Einzelkämpfer“ und hebt die Schwierigkeiten der schulischen Lage im ländlichen Raum hervor.

1.3 Kooperationspartner zur Umsetzung von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung

Annähernd alle Schulen (17 von 18 Nennungen) arbeiten mit externen Einrichtungen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zusammen. Zu den von den Schulleiterinnen und Schulleitern frei genannten Einrichtungen zählen Gesundheitsämter (4), Deutsches Rotes Kreuz (3), Kranken- und Unfallkassen (3), Verbraucherzentrale (2), örtliche Kliniken (2), Wohlfahrtsverbände (2), Projektinitiativen zum Thema „Gesunde Schule“, wie Klasse 2000 und ZAGG (2), lokale Vereine zur Jugendarbeit (1), Verkehrswacht (1) und TÜV-Rheinland (1).

1.4 Aspekte gesundheitsförderlicher Schulen aus Perspektive der Zielgruppen

Um zu erfahren, wie den Schüler*innen bestimmte Aspekte einer gesundheitsförderlichen Schule gefallen, wurden die Sorgeberechtigten der Schüler*innen unter 11 Jahren und die Schüler*innen ab 11 Jahren selbst um ihre Einschätzung gebeten (**Tab. 10**). Hierbei wird deutlich, dass der Mehrheit der Schüler*innen der Schulhof und die Bewegungsmöglichkeiten in den Pausen und Freistunden überwiegend gefallen. Ein großer Teil der Schüler*innen ist ebenfalls sowohl mit den Aufenthaltsräumen für die Pausen und Freistunden sowie dem Raumklima zufrieden. Etwa jeder*em zweiten Schüler*in gefallen nach eigenen Angaben oder Angaben der Eltern die Sauberkeit und Hygiene an ihrer Schule, die Bequemlichkeit der Sitzmöbel in den Klassenräumen sowie die Essensausgabe in der Schulkantine oder dem Schulkiosk, wobei letzterer nicht zum Schulangebot von zwei Dritteln der Befragten gehört. Darüber hinaus sind an zwei Dritteln der Schulen keine Ruhezonen oder -räume für Schüler*innen eingerichtet.

Tab. 10: Einschätzung der Schüler*innen von ausgewählten Aspekten gesundheitsförderlicher Schulen in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.122)

	eher gut bis sehr gut		mittelmäßig		eher schlecht bis sehr schlecht		n (teilnehmend)
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Sauberkeit und Hygiene an der Schule	1.045	51	706	35	265	13	2.016
Aufenthaltsraum für Pausen und Freistunden	1.222	61	400	20	151	8	1.773
Schulhof	1.525	75	409	20	90	4	2.024
Ruhezonen und -räume	749	38	346	18	179	9	1.274
Bequemlichkeit der Möbel im Klassenraum	1.081	54	518	26	335	17	1.934
Bewegungsmöglichkeiten in Pausen und Freistunden	1.490	74	369	18	131	7	1.990
Essensausgabe am Schulkiosk	891	47	291	15	80	4	1.262
Essensausgabe in der Kantine	1.001	52	448	23	205	11	1.654
Raumklima	1.287	64	566	28	142	7	1.995

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Auch die Lehrer*innen wurden um Auskunft gebeten, wie gut ihnen diese Aspekte gefallen (Tab. 11). Deutlich mehr als der Hälfte von ihnen gefallen die Notfallbeschilderung, die Bewegungsmöglichkeiten für die Schüler*innen, der Gesamtzustand des Schulgebäudes und der Schulhof. Nur noch jede*r zweite Lehrende zeigt sich jedoch mit der Sauberkeit und Hygiene an der Schule, dem Lehrer*innenzimmer, der Ergonomie der Schulmöbel, dem erste Hilfe-Angebot bzw. dem Schulsanitätsdienst sowie dem Raumklima zufrieden. Besonders die Aufenthaltsräume für Pausen und Freistunden, das Lehrer*innenzimmer und die Essensausgabe wird von jeder* jedem Zweiten eher als schlecht befunden.

Tab. 11: Einschätzung der Lehrer*innen von ausgewählten Aspekten gesundheitsförderlicher Schulen Brandenburg (N=201)

	eher gut bis sehr gut		mittelmäßig		eher schlecht bis sehr schlecht		n (teilnehmend)
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Sauberkeit und Hygiene an der Schule	102	52	73	37	22	11	197
Aufenthaltsraum für Pausen und Freistunden	75	41	76	42	32	18	183
Schulhof	115	58	53	27	30	15	198
Lehrerzimmer	91	46	73	37	33	17	197
Anpassung der Möbel an Größe der Kinder	90	47	76	39	27	14	193
Bewegungsmöglichkeiten in Pausen und Freistunden	117	60	46	24	32	16	195
Notfallbeschilderung	171	86	20	10	7	4	198
Erste Hilfe, SSD	81	47	67	39	24	14	172
Außerschulische Zusammenarbeit	97	57	47	28	26	15	170
Gesamtzustand des Gebäudes	130	66	62	32	4	2	196
Essensausgabe am Schulkiosk	74	57	39	30	17	13	130
Essensausgabe in der Kantine	72	44	60	36	33	20	165
Raumklima	101	51	65	33	33	17	199

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend). SSD = Schulsanitätsdienst.

Die Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren wurden ebenfalls darum gebeten einzuschätzen, wie sehr ihrem Kind die „Schulgesundheitsfachkraft“ gefällt. Mehr als zwei Drittel äußern sich positiv und geben an, dass ihrem Kind die „Schulgesundheitsfachkraft“ sehr gut gefällt. Obwohl die „Schulgesundheitsfachkraft“ zum Zeitpunkt der Befragung bereits sechs Wochen an den Schulen eingesetzt war, äußert jede*r fünfte Sorgeberechtigte, dass an der Schule ihres Kindes keine „Schulgesundheitsfachkraft“ beschäftigt ist (Tab. 12).

Tab. 12: „Schulgesundheitsfachkraft“ - Einschätzung von Aspekten der gesundheitsförderlichen Schule in Brandenburg (Elternauskunft; N=1.043)

	eher gut bis sehr gut		mittelmäßig		eher schlecht bis sehr schlecht		nicht vorhanden		n (teilnehmend)
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
„Schulgesundheitsfachkraft“	586	69	85	10	16	2	157	19	844

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend). SSD = Schulsanitätsdienst.

1.5 Teilnahme an schulischen Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen außerhalb des Unterrichts

Sowohl Schüler*innen, Eltern als auch das Lehrpersonal wurden dazu befragt, ob die an schulischen Veranstaltung zu gesundheitlichen Themen teilnehmen würden, die außerhalb des Unterrichts stattfinden. Einerseits kann hiermit abgebildet werden, ob solche Angebote von den Zielgruppen überhaupt wahrgenommen werden, andererseits ob diese überhaupt in Anspruch genommen werden.

Knapp jede*r fünfte Schüler*in hat unabhängig von der Bildungsstufe im letzten Schuljahr außerhalb des Unterrichts eine schulische Veranstaltung zu gesundheitlichen Themen besucht (Tab. 13). Die Mehrzahl gibt jedoch an, keine solcher Veranstaltungen besucht zu haben, ein knappes Drittel äußert, dass es kein Angebot solcher Veranstaltungen gegeben hat.

Tab. 13: Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.122)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	353	18	226	17	121	21
nein	1.021	51	697	52	285	50
es gab keine Angebote	621	31	427	32	168	30
n (teilnehmend)	1.995		1.350		574	
n (fehlend)	127					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

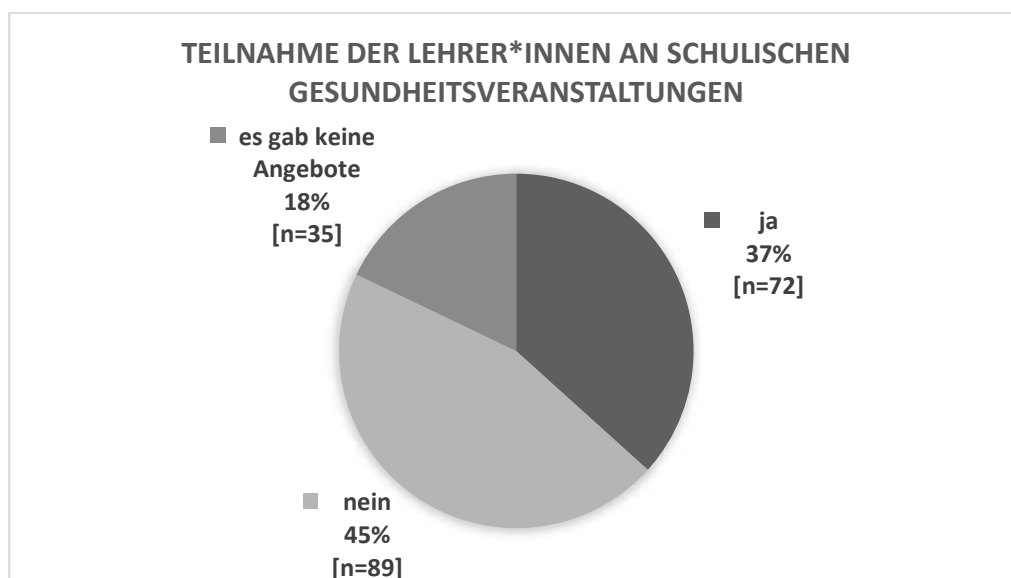
Auch ein Viertel der Eltern gab dies an (Tab. 14). Fast drei Viertel der Eltern haben selbst an keiner schulischen Gesundheitsveranstaltung teilgenommen. Nur eine kleine Minderheit bestätigt eine solche Teilnahme.

Tab. 14: Teilnahme der Eltern an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Brandenburg (N=1.947)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	71	4	56	4	15	3
nein	1.288	72	956	71	332	74
es gab keine Angebote	433	25	341	25	102	22
n (teilnehmend)	1.824		1.355		447	
n (fehlend)	123					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Unter den befragten Lehrer*innen äußert jede*r Fünfte, dass es im letzten Schuljahr an der Schule keine Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen (z.B. Projekte, Fortbildungen) gegeben habe (**Abb. 4**), knapp jede*r Zweite hat trotz eines Angebotes nicht daran teilgenommen. Nur ein Drittel des Lehrpersonals hat ein solches in Anspruch genommen.

**Abb. 4:** Teilnahme der Lehrer*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen (z.B. Projekte, Fortbildungen) in Brandenburg (N=201)

1.6 Gewaltsame Auseinandersetzungen

Die Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren sowie die Schüler*innen ab 11 Jahren wurden darüber befragt, wie oft es nach dem Erleben der Schüler*innen zu gewaltsamen Auseinandersetzungen an der Schule kommt. Insgesamt erlebt eine Mehrheit der Schüler*innen (57%; N=1.098) nur selten oder nie gewaltsame körperliche Auseinandersetzungen (**Tab. 15**). Ein weiteres Drittel gibt jedoch an, dass es wöchentlich bis täglich dazu kommt. Wird diese Verteilung nach der Bildungsstufe der Schüler*innen differenziert betrachtet, wird deutlich, dass der Anteil der Grundschüler*innen, die wöchentlich bis täglich körperliche Gewalt erleben, annähernd so hoch ist wie der Anteil der Schüler*innen, die körperliche Gewalt selten bis nie erleben. In Sekundarstufe I nimmt der Anteil derjenigen, die wöchentlich bis täglich Gewalt erleben deutlich ab, so dass angenommen werden kann, dass körperliche Auseinandersetzung in den höheren Bildungsstufen eine immer geringer werdende Rolle spielt.

Tab. 15: Erleben gewaltsamer körperlicher Auseinandersetzungen an der Schule nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
seltener als einmal im Monat bis nie	1.098	57	580	46	450	77
jeden Monat	226	12	156	12	70	12
jede Woche bis täglich	607	31	543	43	62	11
n (teilnehmend)	1.931	100	1.279	100	582	100
n (fehlend)	115					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Betrachtet man das Gesamtergebnis zum Erleben gewaltsamer verbaler Auseinandersetzung (Tab. 16) wird eine deutliche Verhältnismkehr deutlich, nach der deutlich mehr Schüler*innen (58%; N=1.135) wöchentlich bis täglich verbale als körperliche Auseinandersetzungen erleben. Sowohl in der Grundstufe als auch in der Sekundarstufe I erlebt nur ein knappes Drittel verbale Gewalt seltener als einmal im Monat oder nie. Da knapp zwei Drittel der Grundstufenschüler*innen (62%; N=804) und über der Hälfte der Schüler*innen der Sekundarstufe II (54%; N=319) jede Woche bis täglich Zeuge verbaler gewaltsamer Auseinandersetzungen ist, scheint diese in beiden Schultypen eine noch größere Rolle als körperliche Gewalt zu spielen.

Tab. 16: Erleben gewaltsamer verbaler Auseinandersetzungen an der Schule nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
seltener als einmal im Monat bis nie	596	31	357	28	188	32
jeden Monat	216	11	130	10	79	14
jede Woche bis täglich	1.135	58	804	62	319	54
n (teilnehmend)	1.947	100	1.291	100	586	100
n (fehlend)	99					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Erfreulicherweise gibt dennoch eine deutliche Mehrheit der Grundstufenschüler*innen ab 11 Jahren (95%; N=330) und der Schüler*innen der Sekundarstufe I (90%; N=525) an, dass sie wissen, an wen sie sich wenden müssen und wer ihnen weiterhilft, wenn sie gewaltsame Auseinandersetzungen beobachten oder daran beteiligt sind.

1.7 Unfallprävention

Zur Prävention von Unfällen werden an den Schulen neben allgemeinen Maßnahmen zur Arbeitssicherheit bisher vor allem regelmäßige Belehrungen der Schüler*innen und Lehrkräfte (8 Nennungen) sowie Objektbegehungen (5) durchgeführt. Es werden ebenfalls Projektstage (1), Fachunterrichtsstunden (1), AG-Angebote (2), Fortbildungen (1), Erste-Hilfe-Kurse (1) sowie die Ersthelferausbildung (1) und Präventionsgespräche (1) genutzt, um Informationen zur Vorbeugung von Unfällen zu vermitteln. Nach Auffassung der Schulleiter*innen tragen sowohl Programme zur Prävention von Bullying (1) als auch die Streitschlichter*innen (1) der Schule zum Unfallvermeidung bei. Auch werden die Aufsicht durch das Lehrpersonal (2) und die Zusammenarbeit mit der Unfallkasse genannt.

2. Hessen

2.1 Merkmale des Lehrpersonals und anderer Mitarbeitenden in Hessen

In Hessen wurden die Schulleiter*innen ebenfalls um Angaben zur Qualifikation und Anzahl des Personals gebeten, um mögliche interne Kooperationspartner*innen für die „Schulgesundheitsfachkräfte“ zu identifizieren. Zusammenfassend zeigt **Tab. 17**, dass an 6 der 10 Schulen Sonderpädagogen*innen beschäftigt sind, in 4 Schulen mit einer Anwesenheit von 5 Tagen in der Woche. Alle 10 Schulleiter*innen geben an, dass keine Schulpsychologen*innen an ihren Schulen angestellt sind. Schulsozialarbeiter*innen arbeiten dagegen an 7 Schulen, bei 6 davon mit einer Anwesenheit von 5 Tagen in der Woche und bei einer Schule an 4 Tagen in der Woche. Bei der Frage nach Integrationshelfer*innen, Schulbegleiter*innen und Schul- bzw. Integrationsassistenten hebt sich wiederum die Erst-Reuter-Schule II ab, an der 35 entsprechende Mitarbeiter*innen an 5 Tagen in der Woche anwesend sind.

Da auch die Möglichkeiten zur innerschulischen Kooperation der hessischen „Schulgesundheitsfachkräfte“ mit den eben aufgeführten Berufsgruppen nicht an allen Schulen gegeben sind, müssen auch hier Bedingungen dafür geschaffen werden, dass die „Schulgesundheitsfachkräfte“ die Expertise der jeweiligen Profession je nach Bedarfslage in Anspruch nehmen können. Aus der Leistungsdokumentation der „Schulgesundheitsfachkräfte“ wird gegen Ende der Modellphase ableitbar sein, welche Kooperationen angesichts der Tätigkeitsschwerpunkte sinnvoll sein können.

Tab. 17: Anzahl der Beschäftigten und der Beschäftigungstage in der Woche pro Schule und Berufsgruppe in Hessen

Schule	Ort	Schulform	Schüler*innen	Lehrer*innen		Verwaltungs- bzw. Sekretariatsmitarbeiter*innen	Sonderpädagoginnen und -pädagogen		Schulpsychologinnen und -psychologen		Schulsozialarbeiter*innen		Integrationshelfer*innen, Schulbegleiter*innen, Schul- bzw. Integrationsassistenten	
			Anzahl	Anzahl	Besetzte Vollzeitstellen	Anzahl	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage
Ernst-Reuter-Schule II	Frankfurt (Main)	Integrierte Gesamtschule	1.250	130	90	3	15	5	0	0	3 ⁷	4	35	5
Georg-Büchner-Schule	Frankfurt (Main)	Integrierte Gesamtschule mit Grundstufe	1.050	85	55	4	4	5	0	0	3	5	5	5
Helmholtzschule Frankfurt	Frankfurt (Main)	Gymnasium	790	70	40	2	0	0	0	0	0	0	0	0
IGS Eschersheim	Frankfurt (Main)	Integrierte Gesamtschule	716	55	43	2	4	3	0	0	2	5	7	5
Liebigschule	Frankfurt (Main)	Gymnasium	1.104	115	47	3	0	0	0	0	0	0	2 ⁸	5
Adolf-Reichwein-Gymnasium Heusenstamm	Heusenstamm	Gymnasium	1.180	94	63	3	0	0	0	0	0	0	0	0

⁷ plus 2 Sozialpädagog/innen und 3 Therapeut/innen

⁸ plus 1 Kulturmittlerin

Schule	Ort	Schulform	Schüler*innen	Lehrer*innen		Verwaltungs- bzw. Sekretariatsmitarbeiter*innen	Sonderpädagoginnen und -pädagogen		Schulpsychologinnen und -psychologen		Schulsozialarbeiter*innen		Integrationshelfer*innen, Schulbegleiter*innen, Schul- bzw. Integrationsassistenten	
			Anzahl	Anzahl	Besetzte Vollzeitstellen	Anzahl	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage	Anzahl	Beschäftigungstage
Albert-Einstein-Schule	Langen	Integrierte Gesamtschule	497	40	29	2	3	5	0	0	1	5	2	5
Ernst-Reuter-Schule	Offenbach	Grund-, Haupt- und Realschule mit Förderstufe	780	56	31	3	5	3	0	-	1	5	3	5
Georg-Büchner-Schule	Rodgau	Kooperative Gesamtschule	1.050	85	65	4	5	5	0	0	1	5	0	0
Rudolf-Koch-Schule	Offenbach	Gymnasium	900	86	48	2	0	0	0	0	1	5	0	0

Anmerkungen. - = keine Angabe. Beschäftigungstage = Anzahl der Schultage im Laufe einer Woche.

2.2 Angebote der Schulen in Hessen

Ganztages- und Betreuungsangebote, warmes Mittagessen

Ein Kriterium des Projektträgers für die Teilnahme am Modellprojekt war das Ganztagesangebot. Bei 9 der 10 Schulen wird dieses Angebot prominent auf der Webseite präsentiert. Alle 10 Schulleiter*innen halten in ihren Schulen einen Hort oder ein anderes Betreuungsangebot vor. Ebenso gibt es in allen 10 Schulen die Möglichkeit eines warmen Mittagessens. Insgesamt 9 Schulleiter*innen gaben an, dass bei der Auswahl der Speisen auf eine gesunde Ernährung geachtet wird, bei einer Schule ist dieses Angebot in Planung.

Strukturelle Ausstattung

Um am Ende des Projektes darüber Aussagen machen zu können, ob die Schulgesundheitspflege auch auf die räumliche oder technische Ausstattung einwirken konnte, wurden die Schulleiter*innen befragt, welche Strukturen in ihren Schulen vorhanden sind (Mehrfachnennungen waren möglich). Alle 10 Schulen verfügen über eine Turn-/ Sporthalle, 8 kreuzten den „bewegungsfördernden Pausenhof“ an. Insgesamt 6 haben eine Laufbahn, 5 einen Fußballplatz, 4 einen Sportplatz und je 2 einen Spielplatz bzw. einen Bereich zum Skaten. Nur 1 Schule weist einen Entspannungsraum auf, 1 andere ein Schwimmbad, bei einer weiteren musste das Schwimmbad wegen Einsturzgefahr geschlossen werden. Darüber hinaus gibt es noch vereinzelt Basketballkörbe und Tischtennis-Platten. Insgesamt 7 der 10 Schulen wünschen sich weitere Bewegungs- und Sportgelegenheiten, 3 davon für einen „bewegungsfördernden Pausenhof“. Barrierefreie Bauelemente und Hilfsmittel wurden auch erfragt: je 7 von 9 Schulen (eine Schule hat keine Angaben gemacht) verfügen über einen Aufzug und eine barrierefreie Toilette, 6 über eine Rampe. Paneelen zur Schallabsorption in den Klassenräumen gibt es an 5 Schulen und an 2 Schulen einzelne Lesecomputer. Lupen sind an keiner Schule vorhanden.

Attraktivitätsmerkmale der Schulen aus Sicht der Schulleiter*innen

Die Schulleiter*innen wurden außerdem befragt, welche Merkmale der Schule ihrer Meinung nach hauptsächlich dazu beitragen, dass Eltern die Schule für ihre Kinder auswählen. Mehrfachnennungen waren möglich. Es ergibt sich folgendes Ranking bei den vorgegebenen Merkmalen (jeweils auf 10 Schulen bezogen):

- 10 x Wohnortnähe
- 8 x Guter Ruf bei den Eltern sowie Schülerinnen und Schülern
- 5 x Ganztagsbetreuung
- 6 x Hort, Hausaufgabenbetreuung u.a. temporäre Betreuungsangebote
- 2 x Moderne Ausstattung
- 4 x Inklusionsschule
- 2 x Profil „gute gesunde Schule“/ „gesundheitsförderliche Schule“
- 0 x Kleine Klassen

Im Vergleich zu Brandenburg fällt auf, dass kein*e Schulleiter*in „kleine Klassen“ angekreuzt hat. Auch gaben sehr viele Schulen (6 von 10) ein anderes Profil an und zwar: „IGS als Team-schule/ Bilingual Spanisch“, „Bläser-/ Forscher-, Sportklasse“, „Europaschule“, „Französisch auch als erste Fremdsprache“, „Schwerpunkte Sport – Musik – MINT“, „Umweltschule in Hessen, Integrationspreis Schule ohne Rassismus, Schule mit Courage“. Zudem wurden in der Zeile „Sonstiges“ weitere Merkmale aufgeführt: „Schulentwicklung der letzten Jahre“, „Schulform Integrierte Gesamtschule“, „Schwerpunkte: Inklusion, Ästhetischer Schwerpunkt: Fremdsprachen, Naturwissenschaften“, „Familienerfahrungen, Verortung im Stadtteil“. Ebenso wie in Brandenburg ist aus Sicht der Schulleiter*innen also das Profil „Gesundheit“ für Eltern weniger attraktiv. Dies gilt es in den ausstehenden Gruppendiskussionen mit Eltern bzw. mit Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder sonderpädagogischem Förderbedarf zu überprüfen.

Schulische Gesundheitsförderung und Prävention

Das Hessische Kultusministerium vergibt eine Zertifizierung von Schulen als „Gesundheitsfördernde Schule“.⁹ Auf die Frage „Hat Ihre Schule das Profil ‚gute gesunde Schule‘, ‚gesundheitsfördernde Schule‘ oder ein vergleichbares?“ haben 5 von 10 Schulleiter*innen mit „Nein“ geantwortet, lediglich 1 mit „Ja“ und 3 mit „in Planung“. In 4 von 10 Schulen sind nach Aussagen der Schulleiter*innen Interventionen zur Gesundheitsförderung durch ein ganzheitliches Konzept im Leitbild und Schulprogramm verankert. In 3 Schulen finden regelmäßig Maßnahmen zur Gesundheitsförderung statt, in 3 weiteren punktuell.

Als reguläre Präventionsmaßnahmen werden an 6 der 10 Schulen zahnärztliche Untersuchungen durchgeführt, 3 der 10 Schulleiter*innen gaben zudem Hygienemaßnahmen bei Infektionsgeschehen an. Unter „Sonstige“ wurden je zweimal angegeben „Gewaltprävention“ und „Suchtprävention“, je einmal „Soziales Lernen“ und „Erste-Hilfe-Schulungen“. Impfungen finden nach Aussage der Schulleiter*innen an keiner der Schulen als reguläre Maßnahme statt.

Über den regulären Unterricht hinaus gibt es nach Aussagen der Schulleiter*innen folgende gesundheitsbezogenen Maßnahmen an der Schule (Mehrfachnennungen waren möglich):

- 9 x Erste Hilfe
- 8 x Kommunikation und Konfliktbewältigung
- 6 x Bewegung
- 6 x Genuss-/ Suchtmittel
- 5 x Umwelt und Gesundheit
- 5 x Ernährung
- 4 x Stress/ Entspannung
- 4 x soziale Beziehungen und Gesundheit
- 2 x Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

In Planung sind dreimal „Schulsanitätsdienst“, zweimal „Ernährung“ und je einmal wurden folgende Maßnahmen genannt: „Bewegung“, „Stress/ Entspannung, Auszeitkonzept“, „Suchtprävention, Essstörungen“.

„Erste Hilfe“ wird zumeist in der Lehrerfortbildung umgesetzt (9 Nennungen) und in Arbeitsgemeinschaften (5 Nennungen). Je dreimal wird „Erste Hilfe“ in Projekttagen und als Wahlpflichtfach durchgeführt. In der Lehrerfortbildung dominiert mit 6 Nennungen an zweiter Stelle die „Kommunikation und Konfliktbewältigung“. Für den Fachunterricht wird am meisten „Umwelt und Gesundheit“ angekreuzt (7 Nennungen) und „Bewegung“ und „Ernährung“ (jeweils 6 Nennungen). Auch bei den individuellen Projekten dominiert das Thema „Umwelt und Gesundheit“ mit 4 Nennungen, gefolgt von 3 Nennungen zu „Kommunikation und Konfliktbewältigung“. Insgesamt 9 von 10 Schulen bieten in den Pausen „Bewegung“ an, 3 „Kommunikation und Konfliktbewältigung“, je 2 „Stress/ Entspannung“ und „Soziale Beziehungen und Gesundheit“, alles Weitere wurde nur einmal genannt. Im Wahlpflichtangebot dominiert das Thema „Umwelt und Gesundheit“ mit 5 Nennungen. Auf die gesamte Schulzeit gesehen führen „Kommunikation und Konfliktbewältigung“ (7 Nennungen), „Bewegung“ (6 Nennungen) und „Soziale Beziehungen“ (4 Nennungen) die Liste an. Informationsveranstaltungen gibt es bei den beteiligten Schulen viermal zu „Genuss-/ Suchtmittel“, dreimal zu „Ernährung“ und ansonsten aber auch viermal keine Nennungen. Projekttag werden an allen 10 Schulen durchgeführt, darunter an 8 zum Thema „Soziale Beziehungen und Gesundheit“, 5 zu „Kommunikation- und Konfliktbewältigung“ und alle weiteren Themen sind auch einzeln aufgeführt. In der Rubrik „gar nicht“ findet sich an 5 Schulen die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF).

Auf die Frage, wo die Schulen Unterstützungsbedarf zur Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung sehen, antworteten 9 der 10 Schulleiter*innen, dass sie konzeptionelle und ebenfalls

⁹ Vgl. <http://www.schuleundgesundheit.hessen.de/zertifizierung.html>, letzter Zugriff am 07.03.2018

9, dass sie personelle Unterstützung bräuchten. Insgesamt 8 wünschen sich mehr Raum für das Thema im schulischen Alltag, 7 benötigen finanzielle Unterstützung, ebenfalls 7 suchen Unterstützung bei der Bedarfsermittlung, je 6 Unterstützung bei der Organisation und Prozessberatung.

Im Laufe des Modellprojektes wird es interessant sein, wie sich die Zusammenarbeit der Schulen mit außerschulischen Einrichtungen des Gesundheitswesens entwickelt: Bisher bewerten 6 der 10 antwortenden Schulleiter*innen auf der Notenskala von „sehr gut“ bis „ungenügend“ die Zusammenarbeit mit „gut“, 3 mit „befriedigend“ und 1 mit „ausreichend“. Probleme in der Zusammenarbeit wurden von den Schulleiter*innen wie folgt benannt: „bisher bei uns keine Person zur Koordination“, „zu geringe personelle Ressourcen beim Gesundheitsamt“, „zu langsame Reaktionszeit auf der anderen Seite“, „individuell verschiedene Kooperationsbereitschaft“.

2.3 Kooperationspartner zur Umsetzung von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung

Die meisten Schulen (8 von 10 Nennungen) arbeiten laut Angaben der Schulleiter*innen mit externen Einrichtungen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zusammen. Zu den von den Schulleiterinnen und Schulleitern frei genannten Einrichtungen zählen Wohlfahrtsverbände und Stiftungen zu Themen der ersten Hilfe (4), das Jugendamt (2), Vereine und städtische Angebote zum Thema sexueller Gesundheit (2), das Gesundheitsamt (2) und Vereine zum Umweltlernen (1).

2.4 Aspekte gesundheitsförderlicher Schulen aus Perspektive der Zielgruppen

Um zu erfahren, wie den Schüler*innen bestimmte Aspekte einer gesundheitsförderlichen Schule gefallen, wurden die Sorgeberechtigten der Schüler*innen unter 11 Jahren und die Schüler*innen ab 11 Jahren selbst um ihre Einschätzung gebeten. Hierbei wird deutlich, dass der Mehrheit der Schüler*innen der Schulhof und die Bewegungsmöglichkeiten in den Pausen und Freistunden überwiegend gefallen (**Tab. 18**). Auch die Aufenthaltsräume für Pausen und Freistunden und das Raumklima gefallen mehr als der Hälfte der Schüler*innen.

Gefällt der Hälfte der Schüler*innen das Essensangebot am Schulkiosk, sind es deutlich weniger denen die Essensausgabe in der Kantine gefällt. Mehr als jede*r Vierte bewertet sowohl die Essensausgabe am Schulkiosk als auch in der Kantine sogar als eher schlecht bis sehr schlecht. Die Schüler*innen zeigen am wenigsten Gefallen an der Sauberkeit und Hygiene an der Schule. Fast die Hälfte bewertet diese als mittelmäßig, ein Viertel sogar als schlecht.

Nur etwas weniger als der Hälfte gefallen die Ruhezonen und –räume sowie die Bequemlichkeit der Möbel in den Klassenräumen. Jeweils ein Viertel unter Ihnen schätzen diese sogar als schlecht ein.

Tab. 18: Einschätzung der Schüler*innen von ausgewählten Aspekten gesundheitsförderlicher Schulen in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; $N=2.285$)

	eher gut bis sehr gut		mittelmäßig		eher schlecht bis sehr schlecht		<i>n (teilnehmend)</i>
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Sauberkeit und Hygiene an der Schule	604	30	890	44	519	26	2.013
Aufenthaltsraum für Pausen und Freistunden	1.066	59	488	27	269	15	1.823
Schulhof	1.448	71	482	24	120	6	2.050
Ruhezonen und -räume	642	47	400	29	333	24	1.375
Bequemlichkeit der Möbel im Klassenraum	822	43	647	34	442	23	1.911
Bewegungsmöglichkeiten in Pausen und Freistunden	1.506	75	358	18	149	7	2.013
Essensausgabe am Schulkiosk	996	53	456	24	445	24	1.897
Essensausgabe in der Kantine	685	40	527	31	517	30	1.729
Raumklima	1.085	54	614	31	296	15	1.995

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Auch die Lehrer*innen wurden um Auskunft gebeten, wie gut ihnen diese Aspekte gefallen (Tab. 19). Deutlich hervor sticht, dass einer großen Mehrheit das erste Hilfe-Angebot bzw. der Schulsanitätsdienst gefällt. Etwa der Hälfte unter ihnen gefallen der Schulhof, die Bewegungsmöglichkeiten in den Pausen und Freistunden und die Notfallbeschilderung. Von nur noch jeder* jedem Dritten gefallen das Lehrerzimmer, die Ergonomie der Schulmöbel, der Gesamtzustand des Schulgebäudes und die Essensausgabe am Schulkiosk. Die Hygiene und Sauberkeit an den Schulen wird von je einem Drittel als gut oder als schlecht bewertet.

Klar wird auch, dass die Lehrenden sich vor allem mit den Aufenthaltsräumen für Pausen und Freistunden, dem Raumklima und den Essensausgaben am Schulkiosk und in der Kantine unzufrieden zeigen.

Tab. 19: Einschätzung der Lehrer*innen von ausgewählten Aspekten gesundheitsförderlicher Schulen in Hessen (N=219)

	eher gut bis sehr gut		mittelmäßig		eher schlecht bis sehr schlecht		n (teilnehmend)
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Sauberkeit und Hygiene an der Schule	61	29	83	39	69	32	213
Aufenthaltsraum für Pausen und Freistunden	36	18	63	31	102	51	201
Schulhof	112	52	62	29	43	20	217
Lehrerzimmer	70	32	82	38	63	29	215
Anpassung der Möbel an Größe der Kinder	75	36	75	36	60	29	210
Bewegungsmöglichkeiten in Pausen und Freistunden	103	48	64	30	48	22	215
Notfallbeschilderung	99	48	70	34	39	19	208
Erste Hilfe, SSD	172	84	24	12	10	5	206
Außerschulische Zusammenarbeit	73	37	78	39	49	25	200
Gesamtzustand des Gebäudes	79	37	54	25	83	38	216
Essensausgabe am Schulkiosk	67	32	80	38	62	30	209
Essensausgabe in der Kantine	52	24	69	34	82	40	203
Raumklima	36	17	76	36	102	48	214

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Die Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren wurden ebenfalls darum gebeten einzuschätzen, wie sehr ihrem Kind die „Schulgesundheitsfachkraft“ gefällt. Eine große Mehrheit äußert sich positiv und gibt an, dass ihrem Kind die „Schulgesundheitsfachkraft“ sehr gut gefällt. Bereits wenige Wochen nachdem die „Schulgesundheitsfachkraft“ an den Schulen eingesetzt wurde, äußerte nur noch ein kleiner Teil der Sorgeberechtigten, dass an der Schule ihres Kindes keine „Schulgesundheitsfachkraft“ beschäftigt ist (Tab. 20).

Tab. 20: „Schulgesundheitsfachkraft“ - Einschätzung von Aspekten der gesundheitsförderlichen Schule in Hessen (N=475)

	eher gut bis sehr gut		mittelmäßig		eher schlecht bis sehr schlecht		nicht vorhanden		n (teilnehmend)
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
„Schulgesundheitsfachkraft“	372	88	25	6	4	<1	24	6	425

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend). SSD = Schulsanitätsdienst.

2.5 Teilnahme an schulischen Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen außerhalb des Unterrichts

Sowohl Schüler*innen, Eltern als auch das Lehrpersonal wurden dazu befragt, ob sie an schulischen Veranstaltung zu gesundheitlichen Themen teilnehmen würden, die außerhalb des Unterrichts stattfinden. Einerseits kann hiermit abgebildet werden, ob solche Angebote von den Zielgruppen überhaupt wahrgenommen werden, andererseits ob diese überhaupt in Anspruch genommen werden.

Ungeachtet der Bildungsstufe hat weniger als jede*r fünfte Schüler*in im letzten Schuljahr außerhalb des Unterrichts an Projekten oder Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen in der Schule teilgenommen (Tab. 21). Mehr als die Hälfte hat bestehende Angebote nicht in Anspruch genommen. Mehr als ein Drittel äußert, dass es keine solche Angebote an der Schule gab.

Tab. 21: Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; $N=2.151$)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	202	10	10	7	178	11	14	6
nein	1.056	55	81	53	848	54	127	58
es gab keine Angebote	679	35	62	41	540	35	77	35
<i>n</i> (teilnehmend)	1.937	100	153	100	1.566	100	218	100
<i>n</i> (fehlend)	214							

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Auch etwa ein Drittel der Eltern gibt an, dass Veranstaltungen dieser Art nicht für sie angeboten wurden (Tab. 22). Etwa ein Drittel hat bestehende Angebote nicht genutzt.

Tab. 22: Teilnahme der Eltern an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Hessen ($N=2.285$)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	66	4	8	5	56	4	2	2
nein	1.061	66	86	56	899	68	76	63
es gab keine Angebote	478	30	59	39	376	28	43	36
<i>n</i> (teilnehmend)	1.605	100	153	100	1.331	100	121	100
<i>n</i> (fehlend)	680							

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Unter den befragten Lehrer*innen äußern annähernd zwei Drittel, dass sie ebenfalls bestehende Angebote nicht genutzt haben (Abb. 5). Für etwas mehr als jede vierte Lehrperson gab es an der Schule keine solchen Angebote.

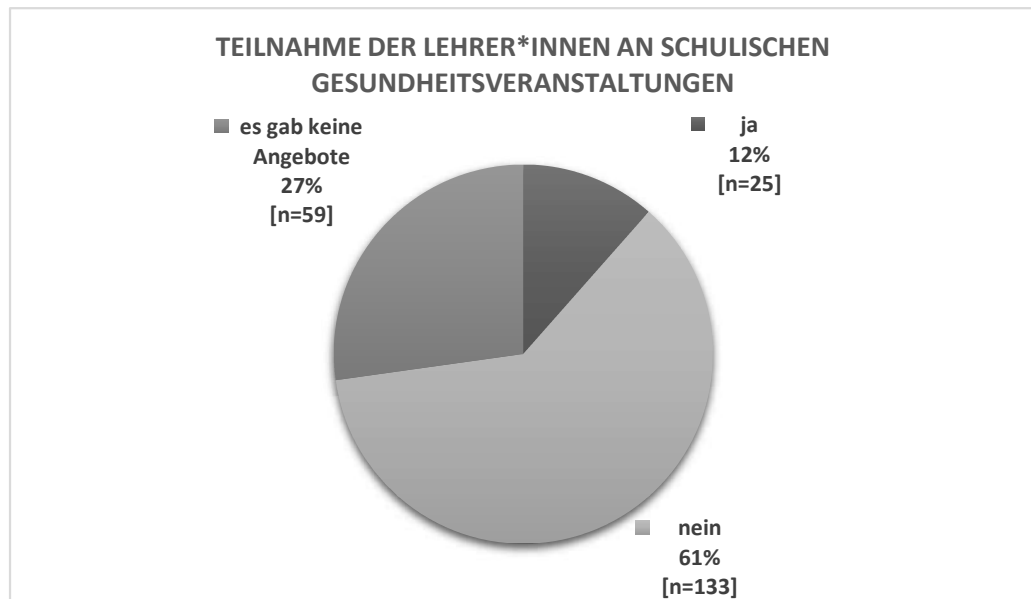


Abb. 5: Teilnahme der Lehrer*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen (z.B. Projekte, Fortbildungen) in Hessen (N=219)

2.6 Gewaltsame Auseinandersetzungen

Die Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren sowie die Schüler*innen ab 11 Jahren wurden darüber befragt, wie oft es nach dem Erleben der Schüler*innen zu gewaltsamen Auseinandersetzungen an der Schule kommt. Insgesamt erlebt eine Mehrheit der Schüler*innen (69%; N=1.316) nur selten oder nie gewaltsame körperliche Auseinandersetzungen (**Tab. 23**). 18 Prozent (N=354) geben jedoch an, dass es wöchentlich bis täglich dazu kommt. Wird diese Verteilung nach der Bildungsstufe der Schüler*innen differenziert betrachtet, wird deutlich, dass körperliche Auseinandersetzungen in den höheren Bildungsstufen eine immer geringer werdende Rolle zu spielen scheinen. Erlebt in der Grundstufe noch jedes dritte Kind wöchentlich bis täglich körperliche Gewalt, sind es unter den Schüler*innen der Sekundarstufe II nur noch 3 Prozent der Schüler*innen.

Tab. 23: Erleben gewaltsamer körperlicher Auseinandersetzungen an der Schule nach Bildungsstufe in Hessen (Selbst- und Elternantwort; N=2.285)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Seltener als einmal im Monat bis nie	1.316	68	74	49	1.070	69	172	82
jeden Monat	253	13	28	19	194	12	31	15
jede Woche bis täglich	354	18	49	33	299	19	6	3
n (teilnehmend)	1.923	100	151	100	1.563	100	209	100
n (fehlend)	362							

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Betrachtet man das Gesamtergebnis zum Erleben gewaltsamer verbaler Auseinandersetzung (**Tab. 24**) wird eine starke Verhältnismkehr sichtbar, nach der deutlich mehr Schüler*innen (56%; N=1.069) wöchentlich bis täglich verbale als körperliche Auseinandersetzungen erleben. Sowohl in der Grundstufe als auch in der Sekundarstufe I erleben über die Hälfte der Schüler*innen täglich verbale Auseinandersetzungen, in der Sekundarstufe II sind es fast zwei Drittel

der Jugendlichen. Insgesamt scheinen verbale Auseinandersetzungen an den Schulen eine große Rolle zu spielen.

Tab. 24: Erleben gewaltsamer verbaler Auseinandersetzungen an der Schule nach Bildungsstufe in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; $N=2.285$)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
seltener als einmal im Monat bis nie	600	31	47	31	503	32	50	23
jeden Monat	255	13	22	15	209	13	27	13
jede Woche bis täglich	1.069	56	81	54	851	55	137	64
n (teilnehmend)	1.924	100	150	100	1.560	100	214	100
n (fehlend)	361							

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Neun von zehn Schüler*innen der Sekundarstufen I (90%; $N=1.169$) und II (88%; $N=190$) wissen jedoch erfreulicher Weise an wen sie sich in der Schule wenden müssen und wer ihnen weiterhilft, wenn sie gewaltsame Auseinandersetzungen beobachten oder daran beteiligt sind.

2.7 Unfallprävention

Insgesamt 8 von 10 Schulleiter*innen gaben frei Auskunft darüber welche Vorkehrungen zur Unfallprävention an den Schulen getroffen werden. Nach ihren Angaben werden vor allem die Aufsichten (3) als auch Schulungen der Aufsichtführenden (1) hierfür genutzt. Aber auch Stadteilerkundungen (2) und Verkehrswegetrainings (2) werden genutzt, um den Schüler*innen Informationen zur Vorbeugung von Unfällen zu vermitteln. Das Überprüfen technischer Geräte, der Hausmeister, Schutzgitter, Projektstage und Unterweisungen waren weitere Einzelnennungen der Schulleiter*innen.

3. Einordnung und Kommentar

In Bezug auf mögliche interne Kooperationspartner*innen finden die „Schulgesundheitsfachkräfte“ eine heterogene Schullandschaft vor. Insbesondere im Land Brandenburg, in dem sie bis zu drei Schulen betreuen, bedeutet dies wechselnde Bedingungen für ihre Tätigkeit und die Notwendigkeit, sich strukturiert Netzwerke auch außerhalb der Einrichtung zu erschließen und auf die Expertisen anderer Berufsgruppen zurückgreifen zu können. So sind beispielsweise nur an wenigen Schulen Schulpsycholog*innen beschäftigt oder nicht jede Schule verfügt über Schulsozialarbeiter*innen. Eine engmaschige interdisziplinäre Zusammenarbeit mit diesen Berufsgruppen macht vor allem vor dem Hintergrund zunehmender psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen sowie reduzierter sozialer und gesundheitlicher Chancen von Kindern und Jugendlichen aus prekären Lebensverhältnissen Sinn.

Die Angebote der einzelnen Schulen bei der schulischen Gesundheitsförderung und die strukturelle Ausstattung differieren ebenfalls stark, so dass vergleichende Aussagen über den möglichen Einfluss der Schulgesundheitspflege bestenfalls individuell für die Schulen überprüft werden können.

So ist bereits jetzt erkennbar, dass der Standardisierungsgrad der Intervention Schulgesundheitspflege trotz des formal vergleichbaren Weiterbildungsangebots sehr gering ausfällt und auf sehr unterschiedliche Ausgangslagen trifft.

VII Ergebnisse zur Ausgangslage auf individueller Ebene: Schüler*innen, Eltern und Lehrpersonal

Die Ergebnisse der Analyse auf individueller Ebene werden in diesem Kapitel für die Bundesländer Brandenburg und Hessen getrennt aufgeführt. Zunächst werden hierzu die erhobenen Daten zur gesundheitlichen Lage der Schüler*innen beschrieben. Nachfolgend wird deutlich gemacht, welche Auswirkungen gesundheitliche Beeinträchtigungen und Unfälle im schulischen Alltag auf die Schüler*innen sowie auf die Arbeitsausfallzeiten ihrer sorgeberechtigten Eltern haben. Daran anschließend folgt eine Darstellung der von den Schulleiter*innen verzeichneten Fehlzeiten der Schüler*innen sowie die Ergebnisse zur Analyse der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Schüler*innen.

Es folgt eine Ausführung der Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz sowohl der Schüler*innen, ihrer Eltern als auch des Lehrpersonals. Des Weiteren werden Ergebnisse zu den Versorgungs- und Unterstützungsbedarfen gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen, deren Möglichkeiten zur Teilhabe an den Schulen, Aspekte der Gleichbehandlung und Rücksichtnahme durch Mitschüler*innen und das Lehrpersonal sowie des Versorgungsnetzwerks abgebildet.

Abschließend wird genauer darauf eingegangen, in welchem Umfang das Lehrpersonal fachfremde gesundheitsbezogene Tätigkeiten an den Schulen übernimmt und wie sicher es sich im Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen fühlt.

1. Brandenburg

1.1 Schüler*innen

Nachfolgend wird die gesundheitliche Lage der Brandenburgischen Schüler*innen zu Implementationsbeginn anhand ausgewählter Aspekte beschrieben. Es werden nachfolgend Befunde zur selbst eingeschätzten Unfall- und Erkrankungshäufigkeit sowie Schmerzen im Zusammenhang mit unmittelbaren Auswirkungen auf den Schulalltag der Schüler*innen dargestellt. Des Weiteren wird auf die von den Schulleitern und Schulleiterinnen gemeldeten Fehlzeiten sowie im Anschluss auf das gesundheitsrelevante Verhalten der Schüler*innen eingegangen.

1.1.1 Gesundheitliche Lage

Subjektiver Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand (Tab. 25) der Schüler*innen unter 11 Jahren wird von den Sorgeberechtigten überwiegend als gut (42%; N=420) bis sehr gut (52%; N=520) eingeschätzt. Weniger als 7 Prozent (N=68) schätzen den Gesundheitszustand ihres Kindes als mittelmäßig oder schlechter ein.

Auch unter den Schüler*innen ab 11 Jahren (Tab. 25) bewertet eine überwiegende Mehrheit ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Jedoch schätzen sie ihn mit zunehmendem Alter deutlich häufiger als mittelmäßig oder schlechter ein.

Tab. 25: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen in Brandenburg (Selbst- und Elternantwort; N=2.122)

	Gesamt		6 bis 10 Jahre		11 bis 13 Jahre		14 bis 18 Jahre		19 Jahre und älter	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
sehr gut	667	33	420	42	147	28	91	20	9	17
gut	1.083	53	520	52	290	55	243	54	30	57
mittel-mäßig	257	13	58	6	81	16	106	24	12	23
schlecht	19	1	3	<1	5	1	9	2	2	4
sehr schlecht	3	<1	1	<1	0	0	2	<1	0	0
<i>n</i> (teilnehmend)	2.029	100	1.002	100	523	100	451	100	53	100
<i>n</i> (fehlend)	93									

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

Körpergewicht und Körper selbstbild

Knapp drei Viertel (74%; N=1.037) der Schüler*innen zwischen 7 und 18 Jahren sind normalgewichtig, weitere 11 Prozent (N=158) sind von Untergewicht betroffen (Tab. 26). Mit einem Anteil von 15 Prozent (N=205) übergewichtiger Schüler*innen ergeben sich zunächst keine Unterschiede zu den Referenzdaten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (RKI, 2008). Betrachtet man jedoch die Verteilung zwischen beiden Geschlechtern, wird deutlich, dass Schüler etwas häufiger und Schülerinnen seltener als in der Referenzstichprobe von Übergewicht betroffen sind (KiGGS: je 15%). Hinsichtlich der Verteilung des Gewichtsstatus in den Altersklassen 6-10, 11-13 sowie 14-18 ergeben sich keine auffälligen Unterschiede.

Tab. 26: Gewichtsstatus der Schüler*innen bis 18 Jahre nach Geschlecht in Brandenburg (Selbst- und Elternantwort; N=1.400)

	Gesamt		weiblich		männlich	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
untergewichtig	158	11	85	13	73	10
normalgewichtig	1.037	74	504	75	533	73
übergewichtig	205	15	81	12	124	17
<i>n</i> (teilnehmend)	1.400	100	670	100	730	100
<i>n</i> (fehlend)	0					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

Die Schüler*innen ab 11 Jahren wurden gebeten anzugeben, welche Aussagen zu ihrem Körper selbstbild am ehesten auf sie zutreffen. Ein Großteil der Schüler*innen (43%; N=404) fühlt sich demnach zu dick, unter den Mädchen und jungen Frauen ist es sogar jede Zweite (52% vs.

36% der Jungen). Ebenso viele Schüler*innen (41%; N=380) geben an, dass sie genau das richtige Gewicht haben, hier ist es unter den Jungen und jungen Männern fast jeder Zweite (48% vs. 34% der Mädchen). Weitere 16 Prozent (N=146) glauben, dass sie zu dünn wären. Hier ergeben sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern.

Differenziert nach dem tatsächlichen Gewichtsstatus betrachtet, wird ebenfalls deutlich, dass eine Mehrheit der untergewichtigen Jugendlichen findet, dass sie genau das richtige Gewicht hat oder sogar zu dick ist und auch normalgewichtige Schüler*innen sich als zu dick empfinden (Tab. 27).

Tab. 27: Körperbild nach Gewichtsstatus der Schüler*innen zw. 11 und 18 Jahren in Brandenburg (Selbstauskunft; N=988)

	Gesamt		untergewichtig		normalgewichtig		übergewichtig	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
zu dünn	104	19	34	54	70	17	0	0
genau richtig	245	44	20	32	215	52	10	12
zu dick	207	37	9	14	127	31	71	88
n (teilnehmend)	556	100	63	100	412	100	81	100
n (fehlend)	432							

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Schlaf

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen litt in der vergangenen Woche vor der Befragung nur selten oder nie an Ein- oder Durchschlafstörungen. Jedoch zeigt sich auch, dass jede*r zehnte Schüler*in oft oder immer Probleme beim Ein- oder Durchschlafen hatte (Tab. 28).

Tab. 28: Ein- und Durchschlafstörungen der Schüler*innen in der letzten Woche in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.122)

	Einschlafstörungen		Durchschlafstörungen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	778	37	927	45
selten	656	32	593	29
manchmal	387	19	241	12
oft	214	10	197	10
immer	48	2	101	5
n (teilnehmend)	2.083	100	2.059	100
n (fehlend)	39		472	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Erkrankungen, Behinderung und sonderpädagogischer Förderbedarf

Nach den Angaben der Eltern und der Schüler*innen ab 11 Jahren liegt bei etwa 14 Prozent (N=325) der Schüler*innen eine chronische Erkrankung oder Behinderung vor. Die Angaben der Schüler*innen beruhen dabei auf der Frage nach einer andauernden statt einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung, um einen einfacheren Sprachgebrauch zu nutzen. Dabei handelt es sich nach eigenen Angaben am häufigsten um Asthma (N=77), Allergien (N=48), ADS oder ADHS (N=33) sowie Neurodermitis (N=32).

Die Eltern wurden ebenfalls darum gebeten, Angaben zur Lebenszeitprävalenz bestimmter vorgegebener chronischer Erkrankungen ihres Kindes zu machen. Hierbei wird die Rolle chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sehr deutlich, denn rund 36 Prozent der Schü-

ler*innen (N=645) leiden oder litten an mindestens einer der in **Tab. 29** aufgeführten chronischen Erkrankungen. Bei 17 Prozent (N=298) wurden sogar zwei und mehr chronische Erkrankungen ärztlich bestätigt. Am häufigsten traten unter ihnen Allergien (14%; N=272), Neurodermitis (10%; N=181) sowie Aufmerksamkeitsdefizits- und/ oder Hyperaktivitätsstörungen (7%; N=123; ADHS, ADS, HKS) auf.

Tab. 29: Lebenszeitprävalenz chronischer Erkrankungen der Schüler*innen in Brandenburg (Elternauskunft; N=1.947)

	Anzahl	%
Allergie: Pollen-, Hausstaub-, Tierhaar- oder Latexallergie	272	14
Neurodermitis	181	10
ADHS, ADS, HKS	123	7
Nahrungsmittelallergie	107	6
Asthma bronchiale	110	6
Heuschnupfen	108	6
Migräne	78	4
Medikamentenallergie	63	3
Herzerkrankung u./ o. angeborener Herzfehler	51	3
Psychische Erkrankung (z.B. Zwangsstörung, Essstörung, Depression)	49	3
Skoliose	44	2
Psoriasis	12	1
Epilepsie, Krampfanfall, epileptischer Anfall	13	1
Schilddrüsenerkrankung	12	1
Mukoviszidose	16	1
Hypertonie	16	1
Erhöhte Blutfettwerte	8	1
Spastische/ chronische Bronchitis	18	1
Anämie	7	<1
Stoffwechselerkrankung	5	<1
Diabetes mellitus	4	<1
Krebserkrankung	2	<1
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/ Colitis Ulcerosa)	1	<1

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Rund 10 Prozent der Eltern (N=202) geben darüber hinaus an, dass bei ihren Kindern ein sonderpädagogischer Förderbedarf vorliegt. Bei weiteren 2 Prozent (N=40) wurde ein Antrag zur Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs gestellt, über den zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht entschieden ist. Es zeigt sich darüber hinaus, dass unter den Schüler*innen, die einen sonderpädagogischen Förderbedarf haben, 78 Prozent einen (N=154), 17 Prozent zwei (N=34) und weitere 5 Prozent (N=10) mehr als zwei Förderbedarfe haben (ohne Abb.). Die meisten unter ihnen haben einen Förderschwerpunkt im Bereich Lernen (49%; N=96), Sprache (32%; N=63), emotionale und soziale Entwicklung (20%; N=40) sowie Hören (14%; N=28; **Tab. 30**).

Tab. 30: Staatlich bestätigte sonderpädagogische Förderbedarfe der Schüler*innen in Brandenburg (Elternerkunft; N=202)

	Anzahl	%
Lernen	96	49
Sprache	63	32
emotionale und soziale Entwicklung	40	20
Hören	28	14
körperliche und motorische Entwicklung	9	5
geistige Entwicklung	7	4
Sehen	8	4
Autistisches Verhalten	8	4

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Nach Angaben der Eltern liegt bei 13 Prozent (N=235) der Kinder eine Lese- und Rechtschreibstörung sowie bei 9 Prozent (N=168) eine Rechenschwäche vor (Tab. 31).

Tab. 31: Lese-Rechtschreibstörung, Rechenschwäche der Schüler*innen in Brandenburg (Elternerkunft; N=1.947)

	Lese-Rechtschreibstörung (LRS)		Rechenschwäche	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	235	13	168	9
nein, aber im Verfahren zur Überprüfung	35	2	17	1
nein	1.594	86	1.672	90
n (teilnehmend)	1.864	100	1.857	100
n (fehlend)	83		665	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

1.1.2 Unfälle und gesundheitliche Beeinträchtigungen im Schulalltag

Unfälle, etwa während des Sports, der Pausen oder im Unterricht spielen eine große Rolle im schulischen Alltag der Kinder und Jugendlichen sowie des Schulpersonals. Das belegen die Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV, 2017) zu meldepflichtigen Schulunfällen im Jahr 2016. Demnach verunfallten rund 19 Prozent der Grundschüler*innen und 13 Prozent der Schüler*innen an allgemeinbildenden Schulen (wie Gesamtschulen). An Grundschulen ereignet sich die Hälfte aller Unfälle auf dem Pausenhof, an Gesamtschulen und sonstigen allgemeinbildenden Schulen überwiegend während des Sports. Deren Relevanz wird auch an den teilnehmenden Modellschulen in Brandenburg deutlich. Nach Angaben der Schulleiter*innen wurden im letzten Schulhalbjahr durchschnittlich 10,1 Schulunfälle je 100 Grundschüler*innen sowie 13,2 Schulunfälle je 100 Schüler*innen in der Sekundarstufe I verzeichnet.

Unfälle aber auch gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie Erkrankungen, Schmerzen oder Unwohlsein können sich unmittelbar auf die Ausbildungsfähigkeit der Schüler*innen an den Modellschulen auswirken, wie die nachfolgenden Befunde aus der Eltern- und Schüler*innenbefragung eindrücklich belegen.

Denn mindestens einmal innerhalb der vergangenen drei Monate...

- hatten 20 Prozent der Schüler*innen so starke Schmerzen, dass sie nicht am Unterricht teilnehmen konnten.
- wurden 33 Prozent der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und weitere 10 Prozent wegen eines Unfalls nach Hause geschickt.

- wurden 21 Prozent der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und weitere 11 Prozent wegen eines Unfalls von der Schule abgeholt.
- sind 18 Prozent der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und weitere 6 Prozent wegen eines Unfalls während der Schulzeit zur Ärztin* zum Arzt gegangen.
- mussten 3 Prozent der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und weitere 5 Prozent wegen eines Unfalls während der Schulzeit in eine Notfallambulanz* ein Krankenhaus.
- konnten 27 Prozent der Schüler*innen trotz einer Erkrankung und weitere 14 Prozent trotz eines Unfalls in der Schule bleiben.

Die Ersteinschätzung darüber, ob Schüler*innen mit einer Erkrankung oder nach einem Unfall in der Schule verbleiben können, ob sie von den Eltern abgeholt oder unmittelbar medizinisch versorgt werden müssen, musste bis vor Beginn des Modellprojektes durch das Schulpersonal getroffen werden. Insbesondere bei Minderjährigen verfügen dennoch die Sorgeberechtigten darüber, ob eine ärztliche Versorgung in Anspruch genommen werden muss. Hierfür wird die Entscheidung der sorgeberechtigten Eltern telefonisch durch Mitarbeiter*innen des Sekretariats oder die Lehrenden eingeholt. Dies führt nicht zuletzt dazu, dass Eltern ihre Arbeit unterbrechen, um sich des Wohlergehens ihrer Kinder zu versichern. Dass sich Unfälle und Erkrankungen der Schüler*innen ganz wesentlich auf das Beschäftigungsverhältnis der Eltern auswirken, wird aus den Ergebnissen aus der Elternbefragung mehr als deutlich.

Mindestens einmal in den vergangenen sechs Monaten...

- fehlten 23 Prozent der Mütter und 15 Prozent der Väter wegen einer Erkrankung des Kindes bei der Arbeit.
- fehlten 5 Prozent der Mütter sowie 2 Prozent der Väter wegen eines Unfalls des Kindes bei der Arbeit.

Unter ihnen fehlten in den vergangenen sechs Monaten mehr als die Hälfte...

- der Mütter an mehr als fünf Arbeitstagen (á 7,8 Std.) und der Väter an mehr als drei Arbeitstagen wegen einer Erkrankung des Kindes.
- der Mütter und der Väter an mehr als zwei Arbeitstagen (á 7,8 Std.) wegen eines Unfalls des Kindes.

Es bleibt abzuwarten, ob die zentralen Zielsetzungen des Modellvorhabens innerhalb der kurzen Interventionszeit erfüllt werden können, die eine Verringerung der Fehltage der Schüler*innen, die Entlastung des Schulpersonals von fachfremden medizinischen Aufgaben sowie die Entlastung der Eltern durch eine Reduktion ihrer Arbeitsausfälle verfolgen (AWO, 2016). In den ersten acht Monaten war die Anwesenheit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in beiden Bundesländern durch die tätigkeitsbegleitende Weiterbildung an mindestens zwei Tagen in der Woche nicht gewährleistet. Auch konnte nicht auf eine Vertretung im Krankheitsfall zurückgegriffen werden, wodurch auf alte Modelle zurückgegriffen werden musste und das Schulpersonal erneut in die Versorgung der Schüler*innen einbezogen wurde.

1.1.3 Fehlzeiten

Bundesweit ist die Datenlage zu Unterrichtsversäumnissen der Schüler*innen weitestgehend intransparent. Schulweise werden sie unter Umständen zwar erfasst, jedoch zumeist aus datenschutzrechtlichen Gründen nirgends systematisch gebündelt (Sälzer, 2010), weshalb zur Einordnung der vorliegenden Forschungsergebnisse keine verlässlichen Referenzwerte vorliegen. Diese Angaben sind nur schwer zu gewinnen, da sie nur direkt über die Schulen oder von den Schülerinnen und Schülern selbst erhoben werden können.

In Abschnitt 1 Nummer 7 der Brandenburger Verwaltungsvorschriften über die Organisation der Schulen in inneren und äußeren Schulangelegenheiten (VV-Schulbetrieb - VVSchulB, , 29.06.2010) oder dem Gesetz über die Schulen im Land Brandenburg (BbgSchulG, 02.08.2002)

des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (MBS) wird den Schulen eine Fehlzeiten-Dokumentation zwar nicht vorgeschrieben, jedoch wird sie durch die Festlegung von Verfahren im Falle von entschuldigtem oder unentschuldigtem Fernbleiben vom Unterricht impliziert. Auf den Seiten des Bildungsservers des MBS (o.J.) werden dem Lehrpersonal zumindest Informationen zum Umgang mit dem entschuldigtem oder unentschuldigtem Fernbleiben der Schüler*innen angeboten.

Von neun Schulleiterinnen und Schulleitern der Brandenburgischen Modellschulen wurde angegeben, dass im Verlauf des letzten Schulhalbjahres durchschnittlich 509,4 Fehltage pro 100 Schüler*innen gemeldet wurden. Hierbei wurde nicht zwischen entschuldigtem und unentschuldigtem Fehltagen oder Gründen für das Nichterscheinen der Schüler*innen differenziert. In der Grundstufe sind es mit durchschnittlich 477,2 Fehltagen pro 100 Schüler*innen deutlich weniger als in der Sekundarstufe I mit 766,7 Fehltagen pro 100 Schüler*innen.

Havik, Bru und Ertesvåg (2015) machen mit ihren Befunden der Befragung von 3.629 norwegischen Schülerinnen und Schülern der Klassen 6 bis 10 deutlich, dass gute Beziehungen der Schüler*innen zu ihren Peers die Wahrscheinlichkeit von Schulabsentismus deutlich senken. Bedeutsam für die Beziehungen der Schüler*innen untereinander ist unter anderem das Klassenmanagement des Lehrpersonals. Bei guter Klassenorganisation und -struktur sinken die Wahrscheinlichkeiten von schulischer sozialer Isolation oder der Gefahr Opfer von Bullying zu werden. Beides erhöht sowohl in der Primar- als auch in der Sekundarstufe die Wahrscheinlichkeit für das Fernbleiben von der Schule. Ob die Anwesenheit einer „Schulgesundheitsfachkraft“ an den Modellschulen indirekt Einfluss auf die Fehlzeiten der Schüler*innen nehmen kann, wird sich vermutlich erst nach einer längeren Interventionsdauer abzeichnen.

1.1.4 Gesundheitsverhalten der Schüler*innen

Zahn- und Mundgesundheit

Nach eigenen Angaben und Angaben der Eltern geht die überwiegende Mehrheit der Schüler*innen viertel- bis halbjährlich zur zahnärztlichen Kontrolle. In der Sekundarstufe I nimmt dieser Anteil zwar insgesamt ab, jedoch gehen deutlich mehr Jugendliche sogar vierteljährlich zur Zahnärztin* zum Zahnarzt (Tab. 32).

Tab. 32: Frequenz der zahnärztlichen Kontrolle der Schüler*innen nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternantwort; N=2.046)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
vierteljährlich	295	15	184	13	111	18
halbjährlich	1.268	64	933	68	335	56
jährlich oder seltener	412	21	256	19	156	26
n (teilnehmend)	1.975	100	1.373	100	602	100
n (fehlend)	71					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

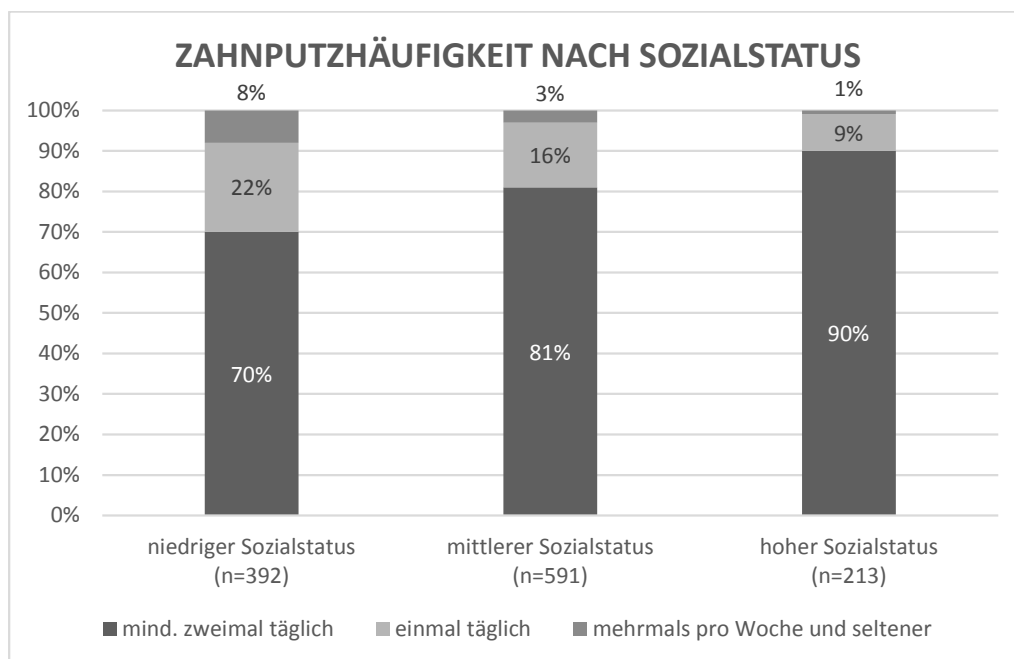
Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen putzt sich, unabhängig von der Bildungsstufe, mindestens zweimal täglich die Zähne. Deutliche Unterschiede ergeben sich jedoch unter den Schüler*innen, die sich nur einmal täglich oder seltener die Zähne putzen. Hier liegt der Anteil unter den Schüler*innen der Sekundarstufe I nämlich deutlich höher (Tab. 33).

Tab. 33: Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
mind. zweimal täglich	1.551	78	1.096	79	455	78
einmal täglich	355	18	236	17	119	20
mehrmals pro Woche und seltener	88	4	52	4	36	6
n (teilnehmend)	1.994	100	1.384	100	610	100
n (fehlend)	52					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Fast jede*r dritte Schüler*in mit niedrigem Sozialstatus putzt sich Zähne darüber hinaus nur einmal täglich oder seltener die Zähne. Unter Schüler*innen mit hohem Sozialstatus ist es nur jede*r Zehnte (Abb. 6).

**Abb. 6:** Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen nach sozioökonomischem Status in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)

Ernährungsverhalten

Die Schüler*innen ab 11 Jahren selbst sowie die Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren wurden gebeten anzugeben, wie häufig bestimmte Nahrungsmittel durch die Schüler*innen verzehrt werden. Hier können deutliche Unterschiede zwischen den Schüler*innen der Grundstufe und der Sekundarstufe beobachtet werden. Mehr als die Hälfte (55%) der Grundstufenschüler*innen, aber nur ein Viertel (27%) der Schüler*innen der Sekundarstufe I essen täglich Obst. Nur etwas mehr als ein Drittel (36%) der Grundstufenschüler*innen und ein Fünftel (20%) der Schüler*innen der Sekundarstufe I verzehren täglich Gemüse. Interessanterweise ist der Anteil der Schüler*innen, die täglich Süßigkeiten essen, ebenfalls unter den Grundschüler*innen höher (22%) als unter den Sekundarstufenschüler*innen (15%). Knabbereien, wie Chips oder Pommes werden in beiden Gruppen nur von wenigen täglich zu sich genommen (Grundstufe: 3%; Sekundarstufe I: 5%). Die Schüler*innen der Sekundarstufe I trinken deutlich häufiger (13%)

zuckerhaltige Getränke als Schüler*innen der Grundstufe (5%). Der Anteil in beiden Gruppen kann tatsächlich höher liegen, da nicht explizit nach Säften gefragt wurde.

Die Schüler*innen, die selbst einen Fragebogen ausgefüllt haben, wurden danach gefragt, ob sie glauben, dass man nach einer Diät und wenn man sein Wunschgewicht erreicht hat, wieder genauso essen darf wie vor der Diät. 65 Prozent der Grundschüler*innen und 73 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe stimmen dieser Aussage nicht zu. Weitere 31 Prozent der Grundstufenschüler*innen und 23 Prozent der Sekundarstufe I-Schüler*innen haben angegeben, dass sie sich nicht sicher sind. Auf die Frage, ob Lebensmittel immer kalorienarm sind, auf denen der Zusatz „light“ steht, antworten 40 Prozent der Grundstufen- und 50 Prozent der Sekundarstufe I-Schülerinnen, dass dies nicht stimmen würde. 47 Prozent der Grundschüler*innen und 37 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe I sind sich nicht sicher.

Körperliche Aktivität

Gemäß den Empfehlungen der WHO (2002) sollten Kinder und Jugendliche 60 Minuten am Tag und mindestens dreimal wöchentlich körperlich aktiv sein. Es zeigt sich, dass weniger als ein Drittel aller Schüler*innen täglich 60 Minuten körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten (**Tab. 34**). Unter den Schüler*innen der Sekundarstufe I ist es sogar nur jede*r Vierte.

Tab. 34: Körperliche Aktivität der Schüler*innen nach Bildungsstufe in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; $N=2.046$)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
etwa jeden Tag	624	31	475	35	149	24
seltener als einmal am Tag	1.361	69	900	66	461	76
n (teilnehmend)	1.985	100	1.375	100	610	100
n (fehlend)	61					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Zwei Drittel aller Kinder und Jugendlichen sind wöchentlich mindestens dreimal so aktiv, dass sie dabei ins Schwitzen geraten. Auch hier ergeben sich bedeutsame Unterschiede. Demnach sind Jungen (72%; $N=712$) deutlich häufiger als Mädchen (64%; $N=64$) mindestens dreimal wöchentlich körperlich aktiv. Schüler*innen mit mittlerem (66%; $N=392$), gefolgt von Schüler*innen mit niedrigem Sozialstatus (70%; $N=275$) bewegen sich ebenfalls weniger als Schüler*innen mit hohem Sozialstatus (79%; $N=197$; **Abb. 7**).

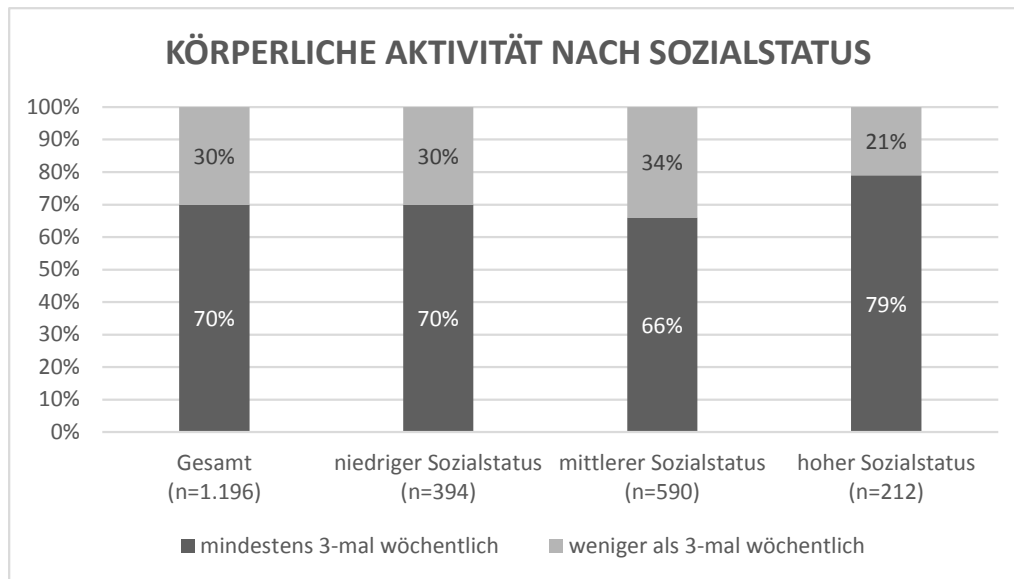


Abb. 7: Körperliche Aktivität nach Sozialstatus der Schüler*innen in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.046)

Mediennutzung

Die Ergebnisse der Befragung der Schüler*innen sowie der Eltern an den Brandenburger Modellschulen bestätigen die große Bedeutung der elektronischen Medien, die auch schon im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (RKI, 2008) konstatiert wurde. Rund 94 Prozent der Schüler*innen zwischen 7 und 17 Jahren sehen täglich fern oder Video, 43 Prozent spielen jeden Tag an einer Konsole, 59 Prozent nutzen täglich einen Computer oder ein Tablet, weitere 64 Prozent surfen täglich im Internet und 87 Prozent der Schüler*innen hören täglich Musik. Mit steigendem Alter steigt auch die Dauer, mit der sich die Kinder und Jugendlichen an den Modellschulen täglich mit den verschiedenen Medien beschäftigen. Es können keine Unterschiede zwischen Schüler*innen mit und ohne Migrationshintergrund beobachtet werden.

Folgend wird die Verteilung der starken Mediennutzung (3 Stunden pro Tag und mehr) in den Altersklassen dargestellt (**Tab. 35**), um eine Vergleichbarkeit mit den Referenzdaten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (RKI, 2008) zu ermöglichen. Deutlich wird auch hier, dass der Anteil der Schüler*innen, die täglich drei oder mehr Stunden mit der Nutzung dieser Medien verbringen, in den höheren Altersklassen signifikant steigt.

Tab. 35: Starke Mediennutzung (3 und mehr Stunden pro Tag) der Schüler*innen nach Alter in Brandenburg (Selbst- und Elternauskunft; N=2.012)

	Fernsehen		Spielkonsole		Computer/ Tablet		Internet		Musik hören		Handy/ Smart-phone	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mädchen												
7-10 Jahre	37	8	1	<1	12	3	10	2	35	8	18	4
11-13 Jahre	62	25	3	1	23	10	76	32	68	28	118	49
14-17 Jahre	75	34	12	6	44	20	162	76	115	54	190	88
Jungen												
7-10 Jahre	39	9	9	2	12	3	8	2	30	7	22	5
11-13 Jahre	76	29	57	23	57	23	96	38	53	21	105	41
14-17 Jahre	78	39	66	34	60	31	131	66	73	37	127	64

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Rauchen

Die Schüler*innen zwischen 11 und 17 Jahren wurden dazu befragt, wie häufig sie zum Zeitpunkt der Erhebung rauchen. Insgesamt rauchen aktuell 16 Prozent der Schüler*innen mindestens einmal im Monat oder öfter Tabak, wie z.B. Zigaretten, Shisha (11 bis 13 Jahre: 4%; 14-17 Jahre: 30%). Rund 8 Prozent der Schüler*innen rauchen täglich Tabak, wobei der Anteil unter den Schüler*innen zwischen 14 und 17 Jahren auch hier mit 16 Prozent deutlich höher liegt (11-13 Jahre: 1%). Der Anteil der Mädchen ist in allen Gruppen deutlich höher als bei den Jungen.

Der Anteil der Schüler*innen, die zum Zeitpunkt der Befragung aktuell E-Zigarette mit Nikotin rauchen, liegt bei 5 Prozent (11-13 Jahre: 1%; 14-17 Jahre: 9%), weitere 6 Prozent rauchen aktuell E-Zigarette ohne Nikotin (11-13 Jahre: 3%; 14-17 Jahre: 9%). Täglich raucht nur 1 Prozent der Schüler*innen E-Zigarette mit Nikotin (11-13 Jahre: <1%; 14-17 Jahre: 2%), weitere 1 Prozent E-Zigarette ohne Nikotin (11-13 Jahre: 0%; 14-17 Jahre: 1%). Knapp 9 Prozent rauchen aktuell E-Shisha (11-13 Jahre: 3%; 14-17 Jahre: 16%), insgesamt 1 Prozent täglich (11-13 Jahre: 0%; 14-17 Jahre: 2%).

Alkoholkonsum

Unter den Schüler*innen zwischen 11 und 17 Jahren trinken rund 10 Prozent regelmäßig Alkohol. Unter regelmäßigem Alkoholkonsum wird hier verstanden, dass mindestens einmal in der Woche ein alkoholisches Getränk konsumiert wird. Nimmt unter den Schüler*innen zwischen 11 und 13 Jahren fast niemand regelmäßig Alkohol zu sich (1%), sind es unter den 14 bis 17-Jährigen rund 21 Prozent. Zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich wie auch in der HBSC-Studie (HBSC, 2015) nur geringfügige Unterschiede.

Unter den Schüler*innen der Sekundarstufe I wird Bier mit 10 Prozent am häufigsten regelmäßig konsumiert, gefolgt von Longdrinks, Alkopops oder Mischgetränken mit 7 Prozent, Likör oder Spirituosen mit 4 Prozent, Wein oder Sekt mit 4 Prozent. In allen Gruppen können auch hier keine nennenswerten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen beobachtet werden.

Verhalten zur Schwangerschaftsverhütung

Insgesamt antworteten 817 von 1.008 Schüler*innen der Grundstufe und der Sekundarstufe I zur Frage nach ihren Methoden zur Schwangerschaftsverhütung. Unter ihnen gaben 79 Prozent an, noch nie mit jemandem geschlafen zu haben. Unter den Schüler*innen der Grundstufe sind es 98 Prozent sowie 68 Prozent der Sekundarstufe I Schüler*innen. Männliche Jugendliche geben deutlich häufiger (85%) an, noch nie Sex gehabt zu haben, als weibliche (74%).

Unter den 163 Schüler*innen der Sekundarstufe I, die angeben schon mal mit jemandem geschlafen zu haben, geben 10 Prozent an, überhaupt nicht zu verhüten. Der Anteil der Mädchen liegt mit 12 Prozent deutlich höher als unter den Jungen (7%). 64 Prozent der Schüler*innen geben an mit der Pille zu verhüten, darunter etwa 3 von 4 Mädchen (73%) und 2 von 4 Jungen (47%). Rund 72 Prozent geben an, sich mit Kondomen beim Sex zu schützen. Hier sind es anteilig etwas mehr Jungen (77%) als Mädchen (70%). Weitere 10 Prozent geben an sich vor Schwangerschaften durch „rechtzeitiges Abbrechen“ (coitus interruptus) zu schützen. Mädchen und Jungen praktizieren diese Methode annähernd gleichermaßen (11% vs. 9%). Etwa 4 Prozent (Mädchen: 4%; Jungen: 2%) geben an, eine andere Methode zur Schwangerschaftsverhütung anzuwenden.

Da nur 2 Prozent (N=6) der Grundstufenschüler*innen bisher Geschlechtsverkehr hatten, ist die Ergebnisdarstellung der Analyse der Verhütungsmethoden nicht aussagekräftig. Jedoch sollte zumindest erwähnt werden, dass alle unter ihnen mit Kondomen verhüten und niemand Coitus interruptus („Abbrechen“) praktiziert.

1.2 Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und der Zugang zu Gesundheitsinformationen

Die folgende **Tab. 36** zeigt zunächst den Gesamtscore des HLS-EU-Q16 Health Literacy Levels der GEDA Studie im Vergleich mit den Ergebnissen der Brandenburger Modellschulen (Jordan & Hoebel, 2015). Deutlich wird, dass die Ergebnisse der Eltern-Befragung nahezu dem Gesamtdurchschnitt der GEDA Zahlen gleichen, allerdings ist die Zahl der Eltern leicht erhöht, die eine inadäquate HL aufweisen. Die Ergebnisse aus der Befragung der Lehrer*innen zeigen dagegen deutliche Unterschiede, die in **Tab. 36** fett gekennzeichnet sind. Auch wenn die Ergebnisse mit denen der Personen mit hoher Bildung der GEDA Studie verglichen werden, ist doch auffallend, dass die Anzahl der Lehrer*innen mit ausreichender HL deutlich niedriger ist und die der problematischen HL sehr viel höher liegt. Und auch die Betrachtung der einzelnen Frage-Items kann weiteren Aufschluss geben, vgl. **Tab. 37**.

Tab. 36: Health Literacy Level von Eltern und Lehrpersonal in Brandenburg im Vergleich zu Ergebnissen der GEDA-Studie 2013 (HLS-EU-Q16; Elternauskunft; $N=1.947$, Lehrerauskunft; $N=201$; GEDA $N=4.952$)

	Eltern		GEDA 2013		Lehrpersonal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ausreichend	934	54	-	56	76	43
problematisch	534	31	-	32	83	47
inadäquat	251	15	-	13	17	10
<i>n</i> (teilnehmend)	1.719	100	4.845	100	176	100
<i>n</i> (fehlend)	812				25	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Ebenfalls fett markiert sind Abweichungen nach oben, das heißt es gibt mehr Personen, die die Fragen mit „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ beantwortet haben. Durch Unterstreichung gekennzeichnet sind dagegen die Zahlen mit einer Abweichung nach unten, das heißt, dass die Personen ihre Kompetenzen höher einschätzen im Verhältnis zum Vergleichswert.

Besonders hohe Abweichungen zeigen sich bei den Ergebnissen der Eltern-Erhebung in den Fragen 2, 9 und 13. Da auch das Lehrpersonal Brandenburgs eine fast doppelt so hohe Abweichung zu den GEDA-Daten hinsichtlich des Aspekts zeigt, es schwierig zu finden, bei Krankheit professionelle Hilfe zu erhalten (2), könnte sich hier ein strukturelles Problem des Flächenlandes Brandenburg andeuten. In die gleiche Richtung könnte die Frage 13 diskutiert werden: Es scheint Bedarf zu geben, die Informationslage zur psychischen Gesundheit zu verbessern. Besonders auffällig ist bei den Eltern die Angabe, Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen (9), zumal im Gegensatz dazu die Lehrerinnen und Lehrer im Vergleich mit den GEDA-Daten darin eine hohe Kompetenz aufweisen. Hier würde sich ein großes Aufgabenfeld für die „Schulgesundheitsfachkraft“ auf-tun: Wenn die Kinder zu förderlichem Gesundheitsverhalten bezüglich Bewegung, Ernährung und abhängig machender Substanzen in der Schule lernen würden, könnten sie für sich eigene, Eltern unabhängige Entscheidungen treffen, bzw. ihr erworbenes Wissen in der Familie teilen.

Tab. 37: Prozentuale Häufigkeiten der Einzelitems des HLS-EU-Q16 für „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ in Brandenburg (Elternauskunft, N=1.947; Lehrerauskunft, N=201; GEDA, N=4.952)

	GEDA 2013	Eltern Bran- denburg	Lehrper- sonal Bran- denburg
Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	%	%	%
1 ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	21	27	27
2 ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	16	24	32
3 ...zu verstehen, was der Arzt Ihnen sagt?	15	19	21
4 ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	4	4	<u>1</u>
5 ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollen?	43	<u>39</u>	52
6 ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	29	28	38
7 ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	7	<u>5</u>	<u>6</u>
8 ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depressionen, zu finden?	37	43	54
9 ...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	5	10	<u>3</u>
10 ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	7	<u>5</u>	<u>2</u>
11 ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	51	<u>48</u>	56
12 ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	41	<u>38</u>	41
13 ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	21	33	30
14 ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	13	11	<u>10</u>
15 ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	26	<u>21</u>	<u>23</u>
16 ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	14	18	13

Bei den Lehrer*innen sind zudem die Ergebnisse zu den Fragen 5, 6 und vor allem 8 interessant. Ob eine Zweitmeinung eingeholt werden muss (5) und welche Entscheidung nach dem Arztgespräch bezüglich der Krankheit getroffen werden kann (6), wurde als schwierig beurteilt. Hier wäre zu diskutieren, ob die ärztliche Kommunikation für diese Zielgruppe verbessert werden sollte bzw. welche Brücke gegebenenfalls die „Schulgesundheitsfachkraft“ schlagen kann. Ein großer Bedarf scheint bei den Lehrenden in Brandenburg zu bestehen, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depressionen zu erhalten. Dies ist angesichts der Burn-out Rate unter lehrenden Berufen nicht weiter verwunderlich.

Die „Schulgesundheitsfachkraft“ könnte herausfinden, welche lokalen Angebote es an Unterstützung gibt und gegebenenfalls vermittelnd tätig werden.

Unter den Schüler*innen wurde die Gesundheitskompetenz mithilfe des von Paakkari et al. (2016) entwickelten 10-Item-Selbstbewertungsinstruments Health Literacy for School-aged Children (HLSAC) erfasst. Mit je zwei Items werden die Kernkomponenten des zugrundeliegenden Modells von Gesundheitskompetenz erfasst - theoretisches Wissen (*theoretical knowledge*), praktisches Wissen (*practical knowledge*), kritisches Denken (*critical thinking*), Selbstwahrnehmung (*self-awareness*) und Bürgerschaft (*citizenship*). Hier zeigt sich (Abb. 8), dass 13 Prozent der Schüler*innen (N=113) ein hohes Health Literacy Level aufweisen. Eine große Mehrheit der Schüler*innen (65%; N=586) hat ein moderates, 22 Prozent (N=199) ein niedriges Health Literacy Level (Abb. 8). Bisher existieren im deutschsprachigen Raum hierfür keine Referenzwerte, Vergleiche können mit den Daten der Folgerhebung (T1) gezogen werden.

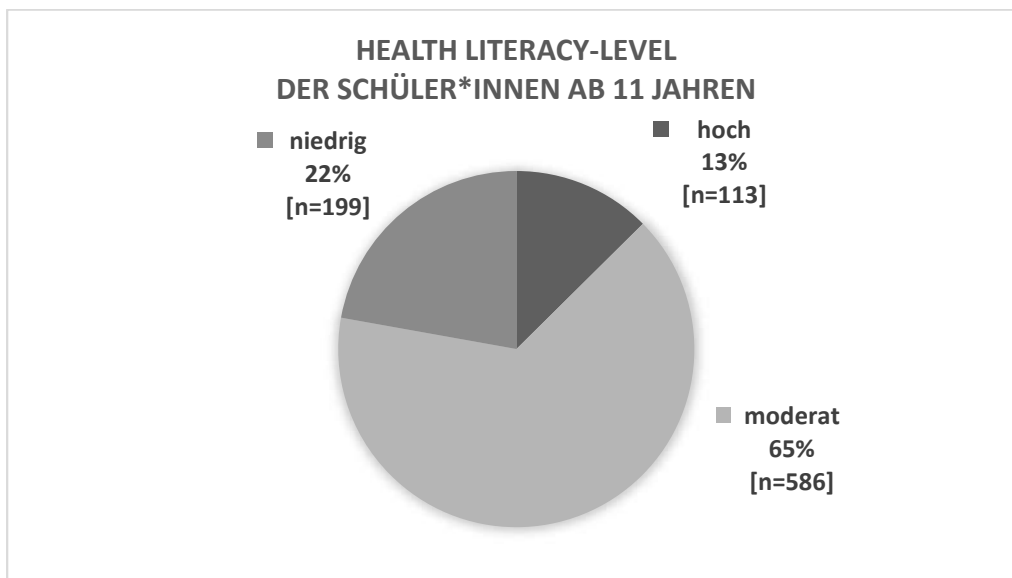


Abb. 8: Health Literacy-Level der Schüler*innen in Brandenburg (HLSAC; N=1.079)

Welche Quellen Schüler*innen ab 11 Jahren und die Eltern aller Schüler*innen nutzen, um sich darüber zu informieren, wie sie fit und gesund bleiben können, wurde in einem Mehrfachantwortformat erfragt.

Mehr als die Hälfte der Schüler*innen (56%; N=584) geben an, sich an ihre Mutter zu wenden (Tab. 38). Auch das Internet wird von jeder* jedem Zweiten (50%; N=519) dafür genutzt. Der Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten stellt für viele Kinder und Jugendliche ebenfalls eine Quelle von Gesundheitsinformation dar. So wenden sich 23 Prozent (N=239) von ihnen mit Fragen an den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, 17 Prozent (N=181) an die Hausärztin* den Hausarzt und weitere 10 Prozent (N=102) an eine Fachärztin* einen Facharzt. Auch Freunde und Bekannte (22%; N=233) sowie andere Familienmitglieder (21%; N=221) spielen bei jeder* jedem Fünften eine Rolle bei der Beschaffung von Informationen. Bereits zu Beginn des Modellprojektes wandten sich 6 Prozent (N=64) der Schüler*innen bei Fragen zum Thema Gesundheit an die „Schulgesundheitsfachkraft“.

Tab. 38: Informationsquellen bei Fragen zum Thema Gesundheit der Schüler*innen in Brandenburg (Schüler*innen >11 Jahren; N=1.079; alle Eltern; N=2.531)

	Schüler*innen		Eltern	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bücher, Broschüren oder Zeitschriften	144	14	589	31
Mutter	584	56	-	-
Oma des Kindes	-	-	218	12
Anderes Familienmitglied	221	21	247	13
Apotheke	123	12	275	15
Freunde und Bekannte	233	22	403	21
Kinder- und Jugendärztin*-arzt	239	23	1.265	67
niemand	75	7	59	3
Beratungsstelle	28	3	135	7
Gesundheitsamt	37	4	67	4
Hausärztin*-arzt	181	17	658	35
Internet	519	50	1.042	55
Fachärztin*-arzt	102	10	347	18
„Schulgesundheitsfachkraft“	64	6	81	4
andere Informationsquellen	44	4	35	2

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

Auch unter den meisten Eltern stellen Ärzt*innen eine wichtige Quelle für Informationen dar, wie ihr Kind fit und gesund bleiben kann. So wenden sich 67 Prozent (N=1.265) an den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, 35 Prozent (N=658) an die Hausärztin bzw. den Hausarzt sowie 18 Prozent (N=347) an die Fachärztin bzw. den Facharzt. Auch jedes zweite Elternteil (55%; N=1.042) sucht im Internet Informationen zu Gesundheitsthemen. Sowohl Printmedien, wie Bücher, Broschüren oder Zeitschriften (31%; N=589) als auch Freunde und Bekannte (21%; N=21) spielen bei vielen Eltern eine Rolle bei der Beschaffung von Informationen.

1.3 Gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen

1.3.1 Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe

Insgesamt 145 Eltern haben einen Fragebogen für Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf ausgefüllt. Von ihnen geben 13 Prozent (N=16) an, dass ihr Kind einen Pflegegrad zwischen 1 und 4 hat, weitere 6 Prozent, dass ein entsprechender Antrag abgelehnt wurde. Auch liegt bei 24 Prozent (N=34) der Schüler*innen eine amtlich anerkannte Behinderung vor. Je ein Drittel unter ihnen hat einen Grad der Behinderung (GdB) von bis unter 50, 50 bis 60 sowie von über 60 bis 100.

Einige beschwerdeassoziierte Symptome können im schulischen Setting mit erhöhten Versorgungsanforderungen durch vermehrte Überwachungs-, Unterstützungs- oder Betreuungsbedarfe der Schüler*innen einhergehen. Die Ergebnisse der Elternbefragung zeigen deutlich, dass diese insbesondere durch das Auftreten von Konzentrationsstörungen (60%; N=82), schneller Ermüdbarkeit und/ oder Abgeschlagenheit (31%; N=42), Hyperaktivität und/ oder Bewegungsunruhe (29%; N=38), Schmerzen (24%; N=32) sowie Aggressionen (19%; N=25) eine Rolle spielen dürften.

29 Prozent (N=38) der Eltern geben an, dass es im Schulalltag zu Notfallsituationen kommen kann. Von Bedeutung ist für die betroffenen Schüler*innen vor allem, dass Notfallausweis, Notfallmedikamente oder spezielle Hilfsmittel vor Ort sind (51%; N=19), dass sie besonderes beobachtet werden und dass Warnsymptome bekannt sind (49%; N=18).

Medizinisch-pflegerischer Versorgungsbedarf

Ein Drittel der Eltern (33%; N=29) gibt an, dass die medizinisch-pflegerische Versorgung ihres Kindes in der Schule eher nicht bis gar nicht gesichert ist. Welche Bedarfe unter den Schüler*innen bestehen, wird im Folgenden erläutert.

Medikamenteneinnahme

Rund 38 Prozent (N=49) der Schüler*innen müssen aufgrund ihrer Erkrankung Medikamente einnehmen, etwa 11 Prozent (N=14) auch während der Schulzeit. Etwas weniger als die Hälfte von ihnen nimmt ihre Medikamente nicht selbstständig ein, sondern benötigt eine Erinnerung, eine Hilfestellung oder jemanden, der*die die Verabreichung des Medikaments vollständig übernimmt. Personen, die in diesen Fällen unterstützen, sind Integrationshelfende, Sonderpädagoginnen und -pädagogen, Lehrer*innen, Erzieher*innen, der Schulsanitätsdienst oder andere.

Nahrungsaufnahme

Nur bei wenigen der Schüler*innen bestehen Besonderheiten bezüglich der Nahrungsaufnahme (14%; N=17). Diese beziehen sich darauf, dass auf eine ausreichende Nahrungszufuhr geachtet oder eine spezielle Diät eingehalten wird.

Ausscheidung

Besonderheiten bei der Harn- und Urinausscheidung bestehen bei 8 Prozent der Schüler*innen (N=10). Gründe hierfür liegen insbesondere im häufigen Wasserlassen und/ oder Durchfällen, einer Harn- und/ oder Stuhlinkontinenz oder darin, dass während der Toilettengänge Unterstützung benötigt wird.

Mobilität

Knapp jede dritte Schülerin*jeder dritte Schüler ist nicht so mobil und belastbar wie deren gleichaltrigen Mitschüler*innen (N=29). Bei den meisten wirkt sich das insbesondere auf die Belastbarkeit bei Sportunterricht aus. Einige der Schüler*innen benötigen ebenfalls vereinzelt Hilfen im Schulalltag oder sind auf Hilfsmittel angewiesen.

1.3.2 Partizipation, Gleichbehandlung und Rücksichtnahme

Die Eltern der Schüler*innen, aber auch die Schüler*innen ab 11 Jahren selbst wurden zu ihren Möglichkeiten der Teilnahme, der Gleichbehandlung und zur Rücksichtnahme in der Schule befragt. Der Großteil der Schüler*innen kann an allen schulischen Aktivitäten trotz einer bestehenden Erkrankung oder einer Behinderung partizipieren. Dennoch gibt es immer noch einige - wenn auch wenige - Schüler*innen, denen die Teilhabe entsprechend ihrer Möglichkeiten noch ermöglicht werden sollte. Denn unter den Schüler*innen, die angeben eine andauernde Erkrankung oder eine Behinderung zu haben und den Eltern, die den Fragebogen Nr. 4 ausgefüllt haben (N=284) wird angegeben, dass...

- 9 Prozent der Schüler*innen nur manchmal oder nie an den gemeinsamen Pausen oder
- 8 Prozent der Schüler*innen nur selten oder nie am Sportunterricht teilnehmen.

Eine überwiegende Mehrheit zeigt sich darüber hinaus zufrieden mit der Rücksichtnahme durch Lehrer*innen und Mitschüler*innen. Dennoch denken 22 Prozent (N=50), dass Lehrer*innen sowie weitere 25 Prozent (N=57), dass ihre Mitschüler*innen zu wenig Rücksicht auf sie nehmen. Auf die Frage, ob sie durch das Lehrpersonal oder ihre Mitschüler*innen aufgrund der Erkrankung oder Behinderung gehänselt werden, antworten 5 Prozent (N=11), dass sie regelmäßig von ihren Lehrerinnen oder Lehrern sowie weitere 11 Prozent (N=50), dass sie regelmäßig von ihren Mitschülerinnen oder Mitschülern gehänselt werden.

1.3.3 Offenlegung der Erkrankung und das Versorgungsnetzwerk in der Schule

Die Mehrheit der Eltern geht in der Schule offen mit der chronischen Erkrankung ihres Kindes um und informiert über deren mögliche Auswirkungen, nur 9 Prozent geben an, dass sie niemanden informiert haben. Es zeigt sich, dass insbesondere die Klassenlehrer*innen (69%; N=69) ins Vertrauen gezogen werden. Jedes vierte Elternteil (24%; N=24) informierte darüber hinaus das gesamte Kollegium an der Schule, weitere 8 Prozent (N=8) die Mitschüler*innen ihres Kindes.

Mehr als jeder zweite Elternteil (56%; N=66) hat den Eindruck, dass die Lehrer*innen des Kindes gut über dessen Erkrankung informiert sind, so auch unter den Eltern, die angeben, nur die Klassenlehrerin*den Klassenlehrer über die Erkrankung in Kenntnis gesetzt zu haben (54%; N=37). Es deutet sich an, dass vor allem die Eltern von der guten Informiertheit der Lehrer*innen überzeugt sind, die das gesamte Kollegium über die Erkrankung des Kindes in Kenntnis gesetzt haben (67%; N=40).

Es zeigt sich, dass die Klassenlehrer*innen von den Eltern auch bezüglich der Erkrankung oder Behinderung des Kindes (72%; N=84) am häufigsten angesprochen werden. Wenn auch seltener, werden von etwa jedem fünften Elternteil ebenfalls die Sonderpädagoginnen und -pädagogen (21%; N=24), die Schulleiter*innen (18%; N=21) sowie die Integrationshelfenden (15%; N=17) herangezogen. 17 Prozent der Eltern (N=20) geben an, niemanden in der Schule hinzuzuziehen.

1.4 Lehrpersonal

Nachfolgend wird ein kurzer Überblick der Ergebnisse der Befragung der Lehrer*innen in Bezug auf die wahrgenommenen gesundheitlichen Versorgungsbedarfe der Schüler*innen und ihre Sicherheit im Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen gegeben.

1.4.1 Gesundheitsbezogene Tätigkeiten in der Schule

Lehrer*innen oder Schulsekretärinnen, deren medizinische Kenntnisse zumeist nicht über die Inhalte des verpflichtenden Erste-Hilfe-Kurses hinausgehen, sind mit Entscheidungen, die bezüglich der gesundheitlichen Situation der Schüler*innen getroffen werden müssen, nicht selten überfordert (Dillmann & Kocks, 2014). Die Ergebnisse der Befragung der Lehrer*innen demonstrieren, dass viele der Lehrenden dennoch häufig mit diesen Anforderungen konfrontiert sind. Ergänzend zu den Angaben der Schüler*innen und ihrer Eltern zu den Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Schulalltag (**Kapitel VII.1.2**) äußern unter den befragten Lehrer*innen...

- 20 Prozent, dass sie mindestens einmal wöchentlich fachfremde gesundheitsbezogene Aufgaben übernehmen. Mehr als die Hälfte unter ihnen gibt dafür einen Aufwand von rund 60 Minuten an.
- 35 Prozent, dass sie in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal während des Schulalltags den ärztlichen Notfalldienst gerufen haben (Abb. 9).

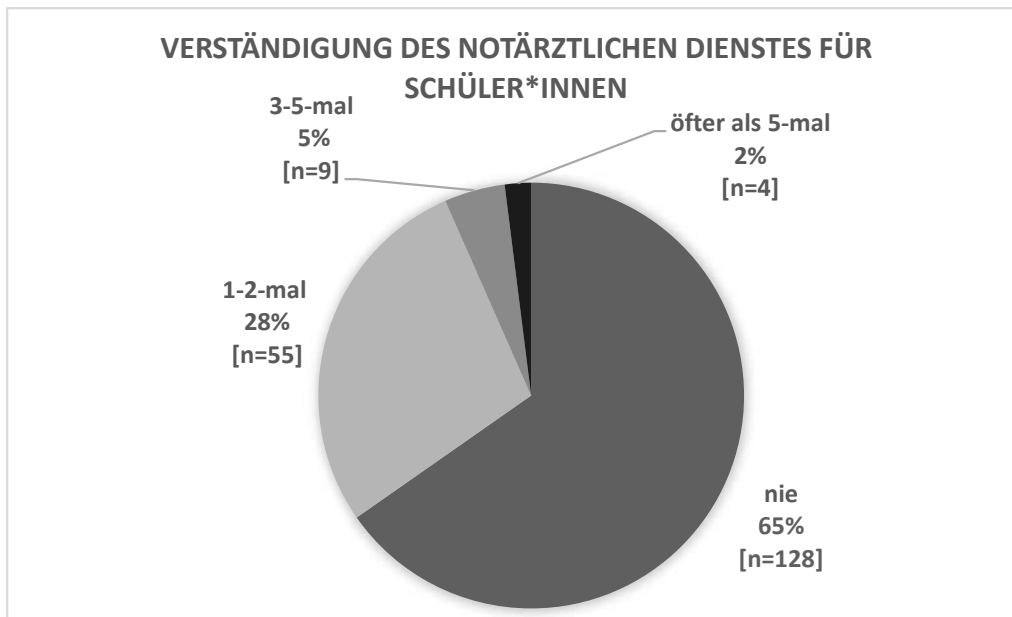


Abb. 9: Verständigung des notärztlichen Dienstes durch die Lehrer*innen in den letzten 12 Monaten in Brandenburg (N=201)

Sofern dafür kein medizinisch geschultes Personal erforderlich ist, können Lehrkräfte in Brandenburg die Verabreichung von Medikamenten und die Durchführung von anderen medizinischen Hilfsmaßnahmen auf freiwilliger Basis übernehmen (ABl. MBeS/17, [Nr.16], S. 202). Es zeigt sich jedoch, dass sich jede zweite Lehrerin*jeder zweite Lehrer nicht ausreichend über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Medikamentengabe an Schulen ausreichend informiert fühlt (**Abb. 10**).

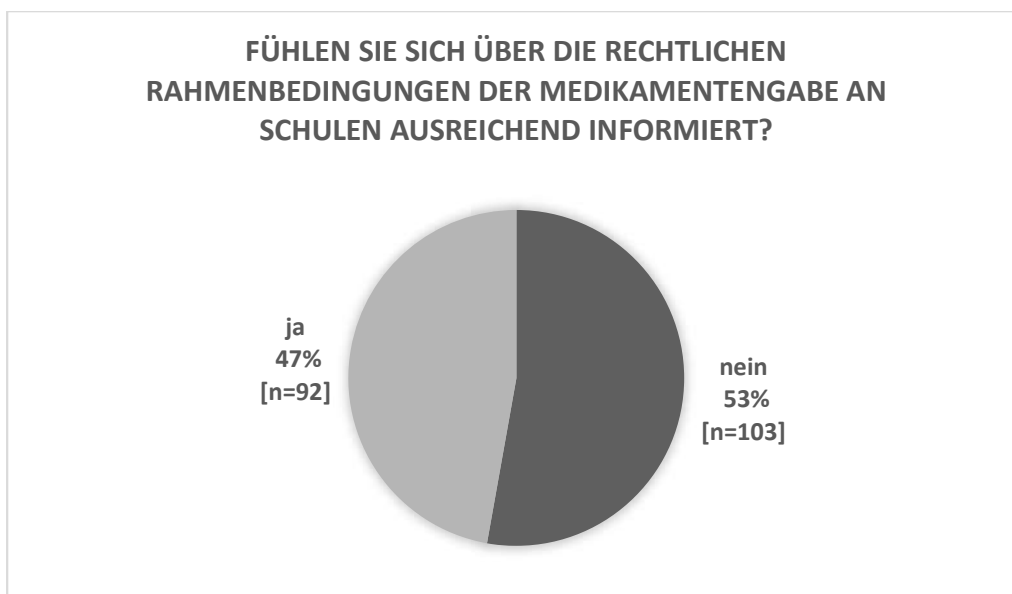


Abb. 10: Informiertheit der Lehrer*innen über rechtliche Rahmenbedingungen der Medikamentengabe an Schulen in Brandenburg (Selbstausskunft; N=201)

1.4.2 Sicherheit im Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen

Die Lehrerinnen und Lehrer wurden gebeten anzugeben, wie sicher sie sich im Umgang mit Schüler*innen mit bestimmten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und in bestimmten Notfallsituationen fühlen. Sie hatten die Möglichkeit in einem 4-stufigen Antwortformat darüber Auskunft zu geben, ob sie sich *sehr sicher*, *eher sicher*, *eher unsicher* oder *sehr unsicher* im Umgang fühlen. In **Abb. 11** sind die Angaben zum sehr bis eher sicheren Umgang zusammengefasst dargestellt. Hier wird deutlich, dass sich die meisten Lehrer*innen im Umgang mit Schüler*innen mit Lern- und Rechtschreibschwäche (71%; N=142) sowie mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (59%; N=97) sicher fühlen. Etwa jede*r Zweite fühlt sich ebenfalls sicher im Umgang mit Schüler*innen mit Hörschwierigkeiten (50%; N=89), Neurodermitis (47%; N=90) oder emotionalen Auffälligkeiten (45%; N=89). Deutlich geringer schätzen die Lehrenden ihre Sicherheit im Umgang mit anderen psychischen Erkrankungen ein, wie Essstörungen (29%; N=55), Schulangst (27%; N=52), Depressionen (17%; N=33) oder nur sehr selten auftretenden Erkrankungen wie der Borderline Persönlichkeitsstörung (11%; N=21), einer Zwangsstörung (7%; N=13) und der Schizophrenie (5%; N=9). 21 Prozent der Lehrer*innen (N=40) fühlen sich im Umgang mit Schüler*innen mit Diabetes mellitus und einer auftretenden Hypoglykämie (zu niedriger Blutzuckerspiegel; 21%; N=41) sicher, aber nur 12 Prozent im Falle einer Hyperglykämie (zu hoher Blutzuckerspiegel; N=23).

Auch in Bezug auf weitere mögliche Akutsituationen fühlen sich nur wenige Lehrende sicher, so wie auch im Falle von Migräneanfällen (40%; N=78), beginnenden allergischen Reaktionen (27%; N=53), Asthmaanfällen (24%; N=48), epileptischen Anfällen (19%; N=38) oder einem anaphylaktischen Schock (10%; N=20).

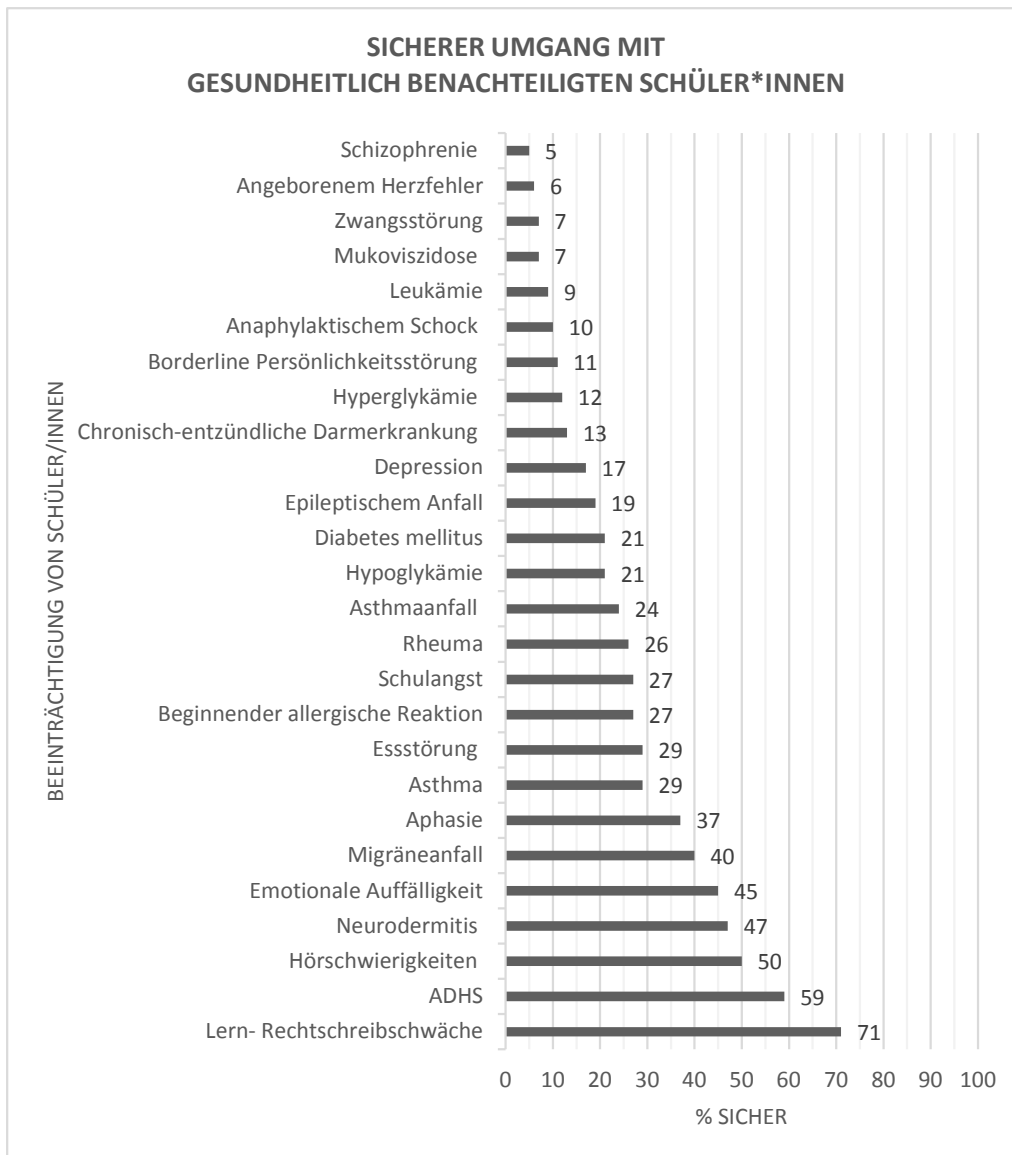


Abb. 11: Angaben der Lehrer*innen zum sicheren Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schülern und Schülerinnen in Brandenburg (N=201)

2. Hessen

2.1 Schüler*innen

Nachfolgend wird die gesundheitliche Lage der Hessischen Schüler*innen zu Implementationsbeginn anhand ausgewählter Aspekte beschrieben. Nachfolgend werden Befunde zur selbst eingeschätzten Unfall- und Erkrankungshäufigkeit sowie Schmerzen im Zusammenhang mit unmittelbaren Auswirkungen auf den Schulalltag der Schüler*innen dargestellt. Des Weiteren wird auf die von den Schulleiter*innen gemeldeten Fehlzeiten sowie im Anschluss auf das gesundheitsrelevante Verhalten der Schüler*innen eingegangen.

2.1.1 Gesundheitliche Lage

Subjektiver Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand (Tab. 39) der Schüler*innen unter 11 Jahren wird von den Sorgeberechtigten überwiegend als gut (55%; N=228) bis sehr gut (41%; N=170) eingeschätzt. Nur 4 Prozent (N=17) schätzen den Gesundheitszustand ihres Kindes als mittelmäßig oder schlechter ein.

Auch unter den Schüler*innen ab 11 Jahren (**Tab. 39**) bewertet eine große Mehrheit ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. In den höheren Altersgruppen sinkt jedoch der Anteil derer, die ihren Gesundheitsstatus als sehr gut einschätzen.

Tab. 39: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen in Hessen (Selbst- und Elternantwort; N=2.285)

	Gesamt		6 bis 10 Jahre		11 bis 13 Jahre		14 bis 18 Jahre		19 Jahre und älter	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
sehr gut	843	41	228	55	323	40	289	36	3	19
gut	970	48	170	41	397	49	393	49	10	63
mittelmäßig	205	10	17	4	82	10	103	13	3	19
schlecht	15	1	-	-	5	<1	10	1	-	-
sehr schlecht	5	<1	-	-	2	<1	3	<1	-	-
n (teilnehmend)	2.038	100	415	100	809	100	798	100	16	100
n (fehlend)	247									

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Körpergewicht und Körperselbstbild

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen (77%; N=1.032) zwischen 7 und 18 Jahren ist normalgewichtig, weitere 10 Prozent (N=132) sind über, 13 Prozent (N=1.180) untergewichtig (**Abb. 12**). Die befragten Schülerinnen sind hierbei etwas häufiger normal- oder untergewichtig, die Schüler hingegen sind fast doppelt so häufig übergewichtig wie ihre Mitschülerinnen.

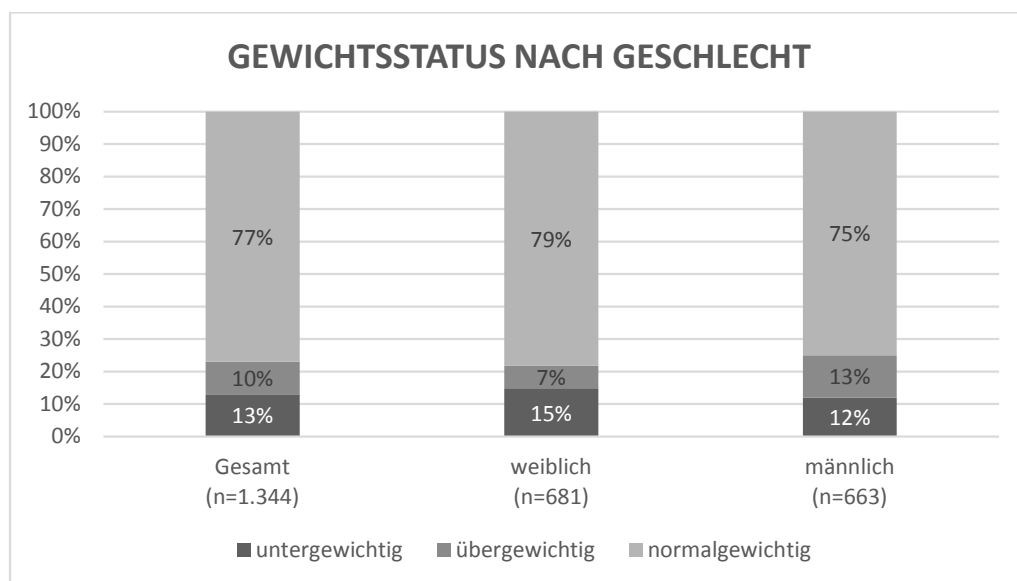


Abb. 12: Gewichtsstatus der Schüler*innen bis 18 Jahre nach Geschlecht in Hessen (Selbst- und Elternantwort; N=2.101)

In jeder Altersklasse ist jede*r zehnte Schüler*in übergewichtig (**Abb. 13**). Der Anteil der untergewichtigen Schüler*innen nimmt in den höheren Altersklassen hingegen deutlich ab. Dafür steigt der Anteil der normalgewichtigen Schüler*innen unter den 14- bis 18-Jährigen sichtbar.

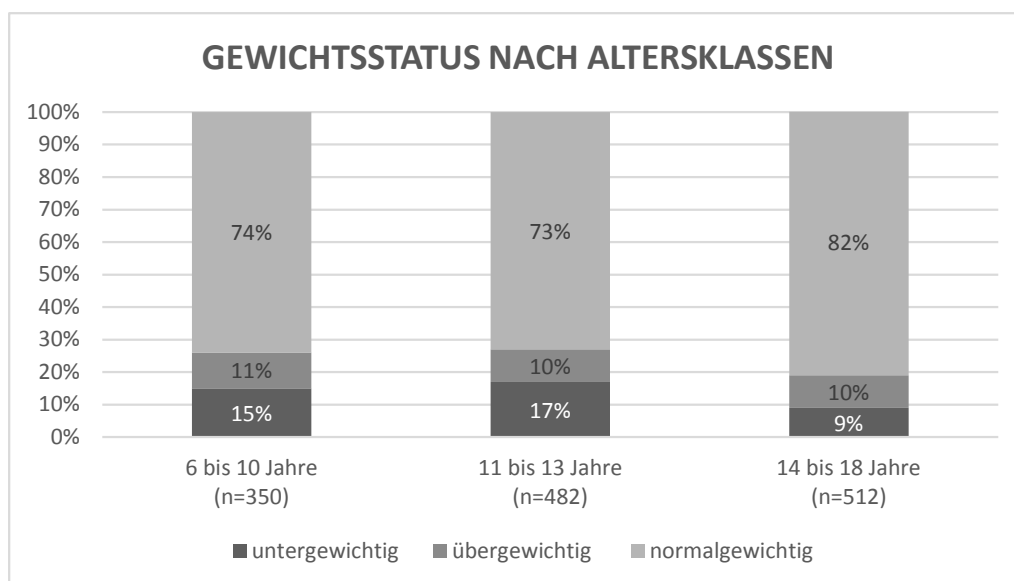


Abb. 13: Gewichtsstatus der Schüler*innen bis 18 Jahre nach Altersklassen in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.101)

Unabhängig vom Geschlecht der Schüler*innen ab 11 Jahren, findet nur die Hälfte von ihnen, dass sie genau das richtige Gewicht haben. Annähernd ein Drittel findet sich hingegen zu dick, 18 Prozent glauben, dass sie zu dünn sind (**Tab. 40**). Differenziert nach Gewichtsstatus betrachtet fällt auf, dass jede*r dritte untergewichtige Schüler*in dennoch glaubt das richtige Gewicht zu haben. Auch unter den normalgewichtigen Schüler*innen wird der eigene Körper annähernd genauso oft als zu dick erlebt. Dem gegenüber glaubt annähernd jede*r fünfte übergewichtige Schüler*in genau das richtige Gewicht zu haben.

Tab. 40: Körperbild der Schüler*innen zwischen 11 und 18 Jahren nach Gewichtsstatus in Hessen (Selbstauskunft; N=1.628)

	Gesamt		untergewichtig		normalgewichtig		übergewichtig	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
zu dünn	162	18	71	62	90	13	1	1
genau richtig	471	52	42	37	415	60	14	16
zu dick	269	30	2	2	192	28	75	83
n (teilnehmend)	902	100	115	100	697	100	90	100
n (fehlend)	721							

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Schlaf

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen litt in der vergangenen Woche vor der Befragung nur selten oder nie an Ein- oder Durchschlafstörungen. Jedoch zeigt sich auch, dass annähernd jede*r fünfte Schüler*in oft oder immer Probleme beim Ein- oder Durchschlafen hatte (**Tab. 41**).

Tab. 41: Ein- und Durchschlafstörungen der Schüler*innen in der letzten Woche in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)

	Einschlafstörungen		Durchschlafstörungen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	705	34	817	40
selten	617	30	525	26
manchmal	414	20	252	12
oft	259	13	291	14
immer	77	4	166	8
n (teilnehmend)	2.072	100	2.051	100
n (fehlend)	79		100	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Erkrankungen, Behinderung und sonderpädagogischer Förderbedarf

Nach Angaben der Eltern und der Schüler*innen ab 11 Jahren liegt bei etwa 9 Prozent (N=247) der Schüler*innen eine chronische Erkrankung oder Behinderung vor. Die Angaben der Schüler*innen beruhen dabei auf der Frage nach einer andauernden statt einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung, um einen einfacheren Sprachgebrauch zu nutzen.

Die Eltern wurden ebenfalls darum gebeten Angaben zur Lebenszeitprävalenz bestimmter vorgegebener chronischer Erkrankungen ihres Kindes zu machen. Hierbei wird die Rolle chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sehr deutlich, denn rund 37 Prozent der Schüler*innen (N=745) leiden oder litten an mindestens einer der in Tab. 42 aufgeführten chronischen Erkrankungen. Bei 17 Prozent (N=298) wurden sogar zwei und mehr chronische Erkrankungen ärztlich bestätigt. Jede*r fünfte Schüler*in (20%; N=447) litt im Laufe des Lebens unter einer Pollen-, Hausstaub-, Tierhaar- oder Latexallergie, allein jede*r fünfte an einem Heuschnupfen (N=210). Auch die Nahrungsmittelallergie gehören zu den am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen (7%; N=157). Weitere 7 Prozent (N=154) geben eine Neurodermitis sowie 5 Prozent (N=118) Asthma bronchiale an.

Tab. 42: Lebenszeitprävalenz chronischer Erkrankungen der Schüler*innen in Hessen (Elternauskunft; N=2.151)

	Anzahl	%
Allergie: Pollen-, Hausstaub-, Tierhaar- oder Latexallergie	447	20
Heuschnupfen	210	10
Nahrungsmittelallergie	157	7
Neurodermitis	154	7
Asthma bronchiale	118	5
Medikamentenallergie	72	3
Migräne	71	3
Skoliose	69	3
ADHS, ADS, HKS	50	2
Psychische Erkrankung (z.B. Zwangsstörung, Essstörung, Depression)	36	2
Schilddrüsenerkrankung	33	2
Spastische/ chronische Bronchitis	31	1
Herzerkrankung u./ o. angeborener Herzfehler	29	1
Psoriasis	14	1
Epilepsie, Krampfanfall, epileptischer Anfall	12	1
Anämie	10	1
Hypertonie	10	<1
Stoffwechselerkrankung	8	<1
Erhöhte Blutfettwerte	7	<1
Diabetes mellitus	5	<1
Krebserkrankung	4	<1
Mukoviszidose	1	<1
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/ Colitis Ulcerosa)	-	-

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

3 Prozent der Eltern (N=64) geben darüber hinaus an, dass bei ihren Kindern ein sonderpädagogischer Förderbedarf vorliegt. Bei weiteren 1 Prozent (N=30) wurde ein Antrag zur Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs gestellt über den zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht entschieden ist. Es zeigt sich, dass unter den Schüler*innen mit einem sonderpädagogischen Förderbedarf, die meisten einen Förderschwerpunkt im Bereich Lernen (55%; N=35) haben, gefolgt von Sprache (22%; N=14), emotionale und soziale Entwicklung (22%; N=14) sowie Hören (11%; N=7). Je 8 Prozent (N=5) geben einen Förderschwerpunkt im Bereich geistige Entwicklung, Sehen und autistisches Verhalten an (Tab. 43).

Tab. 43: Staatlich bestätigte sonderpädagogische Förderbedarfe der Schüler*innen in Hessen (Elternauskunft; $N=64$)

	Anzahl	%
Lernen	35	55
Sprache	14	22
emotionale und soziale Entwicklung	14	22
Hören	7	11
körperliche und motorische Entwicklung	9	14
geistige Entwicklung	5	8
Sehen	5	8
Autistisches Verhalten	5	8

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Nach Angaben der Eltern liegt bei 7 Prozent ($N=165$) eine Lese-Rechtschreibstörung und bei 3 Prozent ($N=66$) eine Rechenschwäche vor (**Tab. 44**).

Tab. 44: Lese-Rechtschreibstörung, Rechenschwäche der Schüler*innen in Hessen (Elternauskunft; $N=2.258$)

	Lese-Rechtschreibstörung (LRS)		Rechenschwäche	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	156	7	66	3
nein, aber im Verfahren zur Überprüfung	31	1	14	1
nein	2.014	92	2.111	96
n (teilnehmend)	2.201	100	2.191	100
n (fehlend)	683		689	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

2.1.2 Unfälle und gesundheitliche Beeinträchtigungen im Schulalltag

Unfälle, etwa während des Sports, der Pausen oder im Unterricht spielen eine große Rolle im schulischen Alltag der Kinder und Jugendlichen sowie des Schulpersonals. Das belegen die Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV, 2017) zu meldepflichtigen Schulunfällen im Jahr 2016. Demnach verunfallten rund 19 Prozent der Grundschüler*innen und 13 Prozent der Schüler*innen an allgemeinbildenden Schulen (wie Gesamtschulen). An Grundschulen ereignet sich die Hälfte aller Unfälle auf dem Pausenhof, an Gesamtschulen und sonstigen allgemeinbildenden Schulen überwiegend während des Sports. Deren Relevanz wird auch an den teilnehmenden Modellschulen in Hessen deutlich. Insgesamt 8 Schulleiter*innen der Modellschulen machten Angaben zu den gemeldeten Unfällen im letzten Schulhalbjahr. Daraus ergeben sich durchschnittlich

- Schulunfälle je 100 Schüler*innen an Schulen, an denen in der Sekundarstufe I unterrichtet wird ($N=2$),
- 4 Schulunfälle je 100 Schüler*innen an Schulen, an denen in der Grundstufe sowie der Sekundarstufe I unterrichtet wird ($N=2$) sowie
- 1 Schulunfall je 100 Schüler*innen an Schulen, an denen in den Sekundarstufen I und II unterrichtet wird ($N=4$).

Unfälle aber auch gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie Erkrankungen, Schmerzen oder Unwohlsein können sich unmittelbar auf die Ausbildungsfähigkeit der Schüler*innen an den Modellschulen auswirken, wie die nachfolgenden Befunde aus der Eltern- und Schüler*innenbefragung eindrücklich belegen.

Denn mindestens einmal innerhalb der vergangenen drei Monate...

- hatten 19 Prozent der Schüler*innen so starke Schmerzen, dass sie nicht am Unterricht teilnehmen konnten.
- wurden 21 Prozent der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und weitere 8 Prozent wegen eines Unfalls nach Hause geschickt.
- wurden 19 Prozent der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und weitere 8 Prozent wegen eines Unfalls von der Schule abgeholt.
- sind 14 Prozent der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und weitere 7 Prozent wegen eines Unfalls während der Schulzeit zur Ärztin* zum Arzt gegangen.
- mussten 3 Prozent der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und weitere 4 Prozent wegen eines Unfalls während der Schulzeit in eine Notfallambulanz/ ein Krankenhaus.
- konnten 34 Prozent der Schüler*innen trotz einer Erkrankung und weitere 16 Prozent trotz eines Unfalls in der Schule bleiben.

Die Ersteinschätzung darüber, ob Schüler*innen mit einer Erkrankung oder nach einem Unfall in der Schule verbleiben können, ob sie von den Eltern abgeholt oder unmittelbar medizinisch versorgt werden müssen, musste bis vor Beginn des Modellprojektes durch das Schulpersonal getroffen werden. Insbesondere bei Minderjährigen verfügen dennoch die Sorgeberechtigten darüber, ob eine ärztliche Versorgung in Anspruch genommen werden muss. Hierfür wird die Entscheidung der sorgeberechtigten Eltern telefonisch durch Mitarbeiter*innen des Sekretariats oder die Lehrenden eingeholt. Dies führt nicht zuletzt dazu, dass Eltern ihre Arbeit unterbrechen, um sich des Wohlergehens ihrer Kinder zu versichern. Dass sich Unfälle und Erkrankungen der Schüler*innen ganz wesentlich auf das Beschäftigungsverhältnis der Eltern auswirken, wird aus den Ergebnissen aus der Elternbefragung mehr als deutlich.

Mindestens einmal in den vergangenen sechs Monaten...

- fehlten 30 Prozent der Mütter und 15 Prozent der Väter wegen einer Erkrankung des Kindes bei der Arbeit.
- fehlten 5 Prozent der Mütter sowie 4 Prozent der Väter wegen eines Unfalls des Kindes bei der Arbeit.

Unter ihnen fehlten in den vergangenen sechs Monaten mehr als die Hälfte...

- der Mütter an mehr als drei Tagen (á 7,8 Std.) und der Väter an mehr als zwei Tagen wegen einer Erkrankung des Kindes am Arbeitsplatz.
- der Mütter an mehr als zwei Tagen (á 7,8 Std.) und der Väter an mehr als einem Tag wegen eines Unfalls des Kindes am Arbeitsplatz.

Es bleibt abzuwarten, ob die zentralen Zielsetzungen des Modellvorhabens innerhalb der kurzen Interventionszeit erfüllt werden können, die eine Verringerung der Fehltag der Schüler*innen, die Entlastung des Schulpersonals von fachfremden medizinischen Aufgaben sowie die Entlastung der Eltern durch eine Reduktion ihrer Arbeitsausfälle verfolgen (Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e. V., 2016). In den ersten acht Monaten war die Anwesenheit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in beiden Bundesländern durch die tätigkeitsbegleitende Weiterbildung an mindestens zwei Tagen in der Woche nicht gewährleistet. Auch konnte nicht auf eine Vertretung im Krankheitsfall zurückgegriffen werden, wodurch auf alte Modelle zurückgegriffen werden musste und das Schulpersonal erneut in die Versorgung der Schüler*innen einbezogen wurde.

2.1.3 Fehlzeiten

Bundesweit ist die Datenlage zu Unterrichtsversäumnissen der Schüler*innen weitestgehend intransparent. Schulweise werden sie unter Umständen zwar erfasst, jedoch zumeist aus datenschutzrechtlichen Gründen nirgends systematisch gebündelt (Sälzer, 2010), weshalb zur Einordnung der vorliegenden Forschungsergebnisse keine verlässlichen Referenzwerte vorliegen.

Diese Angaben sind nur schwer zu gewinnen, da sie nur direkt über die Schulen oder von den Schülerinnen und Schülern selbst erhoben werden können.

Das Hessische Kultusministerium (2017) schreibt den Schulen keine bestimmte Art der systematischen Erfassung der Fehlzeiten vor und lässt ihnen offen, ob diese handschriftlich im Klassenbuch oder elektronisch erfolgt. Dennoch ist das Schulpersonal dazu verpflichtet Anwesenheiten im Rahmen der Sorge für die Erfüllung der Schulpflicht lückenlos zu überwachen. Einer Unterscheidung in der Dokumentation von entschuldigten und unentschuldigten Fehlzeiten messen das Hessische Kultusministerium (2017) und auch die Hessische Lehrkräfteakademie (31.7.2015) auf den Seiten des Bildungsservers nur eine geringe Bedeutung zu. Regelungen zur Umsetzung des Fehlzeitenmanagements sollten von der Schulkonferenz festgelegt werden. Letztlich entscheidend dafür, ob und wann eine Lehrperson interveniert, ist ihre pädagogische Einschätzung.

Zwei von zehn Schulleiter*innen machten Angaben zu den im letzten Schulhalbjahr dokumentierten Fehltagen der Schüler*innen. Annähernd alle Schulleiter*innen, die keine Angaben machten, meldeten zurück, dass die Fehlzeiten nicht gebündelt dokumentiert würden und sie diese nicht berichten könnten. Unter den Schulen, die sich zu den Fehltagen äußerten, wurden 369 Fehltage pro 100 Schüler*innen an einer Schule gemeldet, an der in der Sekundarstufe I unterrichtet wird sowie 75 Fehltage pro 100 Schüler*innen an einer Schule, an der in der Grund- und der Sekundarstufe I unterrichtet wird.

Havik, Bru und Ertesvåg (2015) machen mit ihren Befunden der Befragung von 3.629 norwegischen Schülerinnen und Schülern der Klassen 6 bis 10 deutlich, dass gute Beziehungen der Schüler*innen zu ihren Peers die Wahrscheinlichkeit von Schulabsentismus deutlich senken. Bedeutsam für die Beziehungen der Schüler*innen untereinander ist unter anderem das Klassenmanagement des Lehrpersonals. Bei guter Klassenorganisation und -struktur sinken die Wahrscheinlichkeiten von schulischer sozialer Isolation oder der Gefahr Opfer von Bullying zu werden. Beides erhöht sowohl in der Primar- als auch in der Sekundarstufe die Wahrscheinlichkeit für das Fernbleiben von der Schule. Ob die Anwesenheit einer „Schulgesundheitsfachkraft“ an den Modellschulen indirekt Einfluss auf die Fehlzeiten der Schüler*innen nehmen kann, wird sich vermutlich erst nach einer längeren Interventionsdauer abzeichnen.

2.1.4 Gesundheitsverhalten der Schüler*innen

Zahn- und Mundgesundheit

Nach Angaben der Eltern der unter 11-jährigen Schüler*innen und Angaben der über 11-jährigen Schüler*innen selbst, putzt der Großteil der Kinder und Jugendlichen (85%; N=988) mindestens zweimal täglich die Zähne, jede*r zehnte Schüler*in nur einmal täglich (13%; N=149). Zwischen den Schüler*innen der Grundstufe und den Sekundarstufen I und II existieren hierbei keine bedeutsamen Unterschiede. Deutlich wird aber (Abb. 14), dass Schüler*innen mit niedrigen Sozialstatus deutlich häufiger nur einmal täglich oder mehrmals pro Woche und seltener ihre Zähne putzen als Schüler*innen der höheren Statusgruppen.

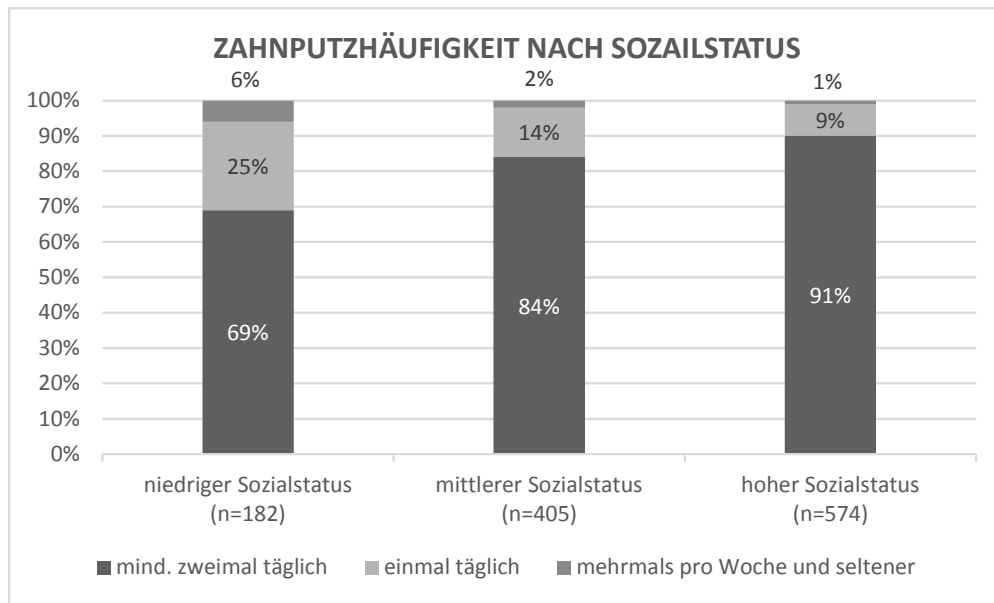


Abb. 14: Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen nach sozioökonomischem Status in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)

In der Frequenz der zahnärztlichen Kontrolle bei Schüler*innen mit unterschiedlichem Sozialstatus zeigen sich hingegen keine bedeutsamen Unterschiede (ohne Abbildung). 15 Prozent (N=300) gehen vierteljährlich, 56 Prozent (N=1.104) halbjährlich und 28 Prozent (N=554) nur jährlich oder seltener zur zahnärztlichen Kontrolle. Schüler*innen der Sekundarstufe II gehen hierbei mit 38% (N=82) deutlich häufiger nur jährlich zur Zahnärztin* zum Zahnarzt als Schüler*innen der Sekundarstufe I (N=27%).

Ernährungsverhalten

Die Schüler*innen ab 11 Jahren selbst sowie die Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren wurden gebeten anzugeben, wie häufig bestimmte Nahrungsmittel durch die Schüler*innen verzehrt werden.

Zwar unterscheiden sich Schüler*innen mit unterschiedlichem Sozialstatus nicht in der Häufigkeit des täglichen Obstverzehr, jedoch können deutliche Unterschiede zwischen den Schüler*innen der Grundstufe und der Sekundarstufe beobachtet werden. Deutlich mehr als die Hälfte der Grundschüler*innen (61%; N=101), aber nur 41 Prozent (N=671) der Sekundarstufe I-Schüler*innen sowie 37 Prozent (N=80) der Sekundarstufe II-Schüler*innen essen täglich Obst. Jungen (39%) etwas seltener als Mädchen (45%). Nur noch knapp die Hälfte der Grundschüler*innen (N=75), ein Drittel der Sekundarstufe I-Schüler*innen (32%; N=515) und der Schüler*innen der Sekundarstufe II (N=37%; N=80) essen täglich Gemüse. Jungen (28%) erneut seltener als Mädchen (39%). Der Anteil der Schüler*innen, die täglich Süßigkeiten essen, ist unter den Grundschüler*innen nur geringfügig höher (22%; N=37) als unter den Schüler*innen der Sekundarstufen I (20%; N=323) und II (19%; N=40). Knabbereien, wie Chips oder Pommes werden in allen Gruppen nur von wenigen täglich zu sich genommen (Grundstufe: <1%; Sekundarstufe I: 5 %; Sekundarstufe II: 2%).

Die Schüler*innen der Sekundarstufen I (8%) und II (6%) trinken deutlich häufiger zuckerhaltige Getränke als Schüler*innen der Grundstufe (<1%). Schüler*innen mit niedrigem Sozialstatus nehmen diese deutlich häufiger (11%) als Schüler*innen mit hohem Sozialstatus zu sich (3%). Der Anteil in allen Gruppen kann tatsächlich höher liegen, da nicht explizit nach Säften gefragt wurde.

Die Schüler*innen, die selbst einen Fragebogen ausgefüllt haben, wurden danach gefragt, ob sie glauben, dass man nach einer Diät und wenn man sein Wunschgewicht erreicht hat, wieder

genauso essen darf wie vor der Diät. 73 Prozent (N=970) der Sekundarstufe I-Schüler*innen und 86 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe II (N=185) stimmen dieser Aussage nicht zu. Weitere 21 Prozent der Sekundarstufe I-Schüler*innen (N=283) und 11 Prozent der Sekundarstufe II-Schüler*innen (N=24) haben angegeben, dass sie sich nicht sicher sind. Auf die Frage, ob Lebensmittel immer kalorienarm sind, auf denen der Zusatz „light“ steht, antworten 53 Prozent der Sekundarstufe I- und 73 Prozent der Sekundarstufe II-Schülerinnen, dass dies nicht stimmen würde. 38 Prozent der Sekundarstufe I-Schüler*innen und 19 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe II sind sich nicht sicher.

Körperliche Aktivität

Gemäß den Empfehlungen der WHO (2010) sollten Kinder und Jugendliche mindestens dreimal wöchentlich körperlich so aktiv sein, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten. Von jeder*r zweite Schüler*in werden diese Empfehlungen erfüllt (Tab. 45). Deutlich erkennbar ist aber auch, dass Schüler*innen der höheren Bildungsstufen zunehmend seltener ausreichend körperlich aktiv sind als Schüler*innen der Grundstufe.

Tab. 45: Körperliche Aktivität der Schüler*innen mind. 3-mal wöchentlich nach Bildungsstufe in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)

	Gesamt		Grundstufe (bis einschl. Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
mind. 3-mal	1.316	66	135	82	1.066	66	115	54
weniger als 3-mal	682	34	29	18	554	34	99	46
n (teilnehmend)	1.998	100	164	100	1.620	100	214	100
n (fehlend)	153							

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Darüber hinaus ist erkennbar, dass Schüler häufiger ausreichend körperlich aktiv sind als Schülerinnen (Abb. 15).

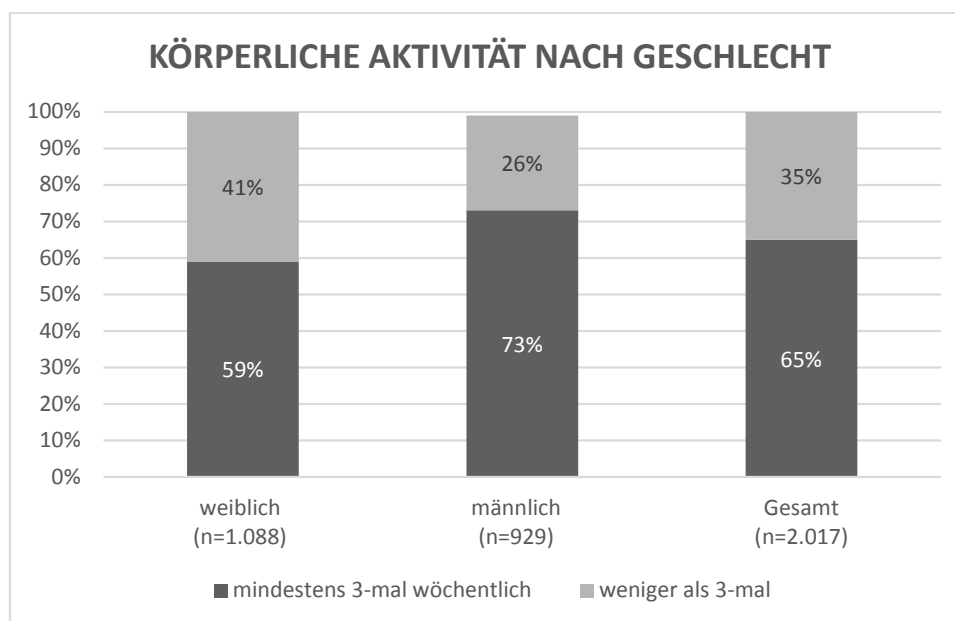


Abb. 15: Körperliche Aktivität der Schüler*innen nach Geschlecht in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)

Auch hier wird ein vergleichsweise schlechteres gesundheitsrelevantes Verhalten unter den Schüler*innen aus der niedrigeren Statusgruppe deutlich (**Abb. 16**). Diese sind bedeutend seltener gemäß den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation aktiv, als die Schüler*innen mit hohem Sozialstatus.

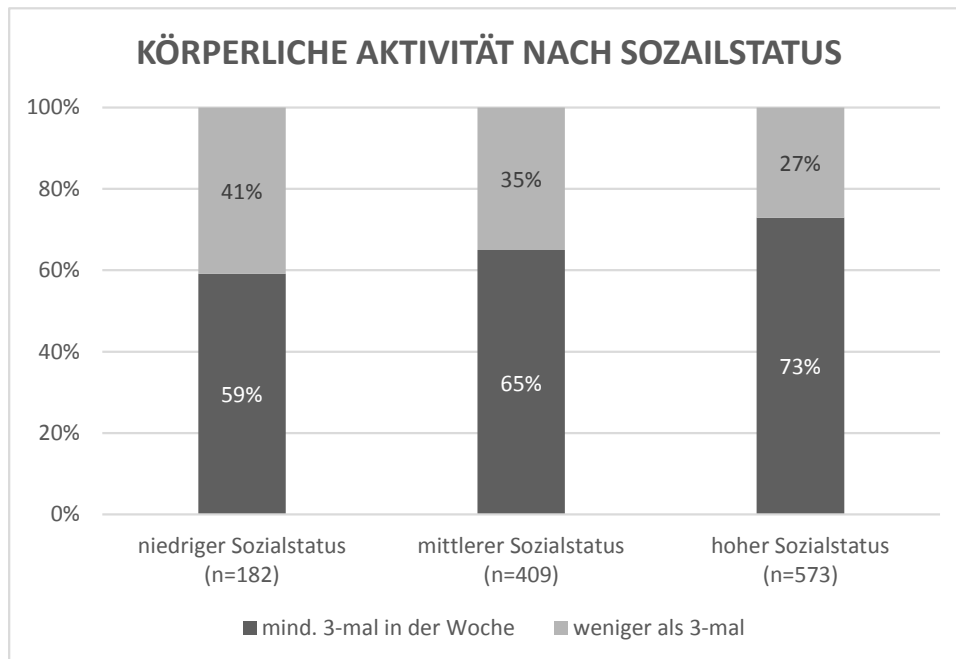


Abb. 16: Körperliche Aktivität der Schüler*innen mind. 3-mal wöchentlich nach sozioökonomischem Status in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; $N=2.151$)

Mediennutzung

Die Ergebnisse der Befragung der Schüler*innen sowie der Eltern an den Hessischen Modell-schulen bestätigen die große Bedeutung der elektronischen Medien, die auch schon im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (RKI, 2008) konstatiert wurde. Rund 86 Prozent der Schüler*innen zwischen 7 und 17 Jahren ($N=1.638$) sehen täglich fern oder Video, 32 Prozent spielen jeden Tag an einer Konsole ($N=605$), 60 Prozent nutzen täglich einen Computer oder ein Tablet ($N=1.117$), weitere 83 Prozent surfen täglich im Internet ($N=1.533$) und 86 Prozent der Schüler*innen hören täglich Musik ($N=1.609$). Mit steigendem Alter steigt auch die Dauer, mit der sich die Kinder und Jugendlichen an den Modellschulen täglich mit den verschiedenen Medien beschäftigen.

Folgend wird die Verteilung der starken Mediennutzung (3 Stunden pro Tag und mehr) in den Altersklassen dargestellt (**Tab. 46**), um eine Vergleichbarkeit mit den Referenzdaten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (RKI, 2008) zu ermöglichen. Deutlich wird auch hier, dass der Anteil der Schüler*innen, die täglich drei oder mehr Stunden mit der Nutzung dieser Medien verbringen, in den höheren Altersklassen signifikant steigt.

Tab. 46: Starke Mediennutzung (3 und mehr Stunden pro Tag) der Schüler*innen nach Alter in Hessen (Selbst- und Elternauskunft; N=2.151)

	Fernsehen/ Video		Spiel-kon- sole		Computer/ Tablet		Internet		Musik hö- ren		Handy/ Smart- phone	
	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%
Mädchen (n=1.002)												
7-10 Jahre	4	2	0	0	4	2	2	1	7	4	5	3
11-13 Jahre	49	12	2	1	23	6	99	25	75	18	136	34
14-17 Jahre	62	16	7	2	43	11	238	62	172	44	296	76
Jungen (n=871)												
7-10 Jahre	6	4	2	1	3	2	5	3	6	4	4	2
11-13 Jahre	56	16	45	13	38	11	84	24	55	16	99	28
14-17 Jahre	146	17	42	13	89	27	196	59	121	36	190	55

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Rauchen

Die Schüler*innen zwischen 11 und 17 Jahren wurden dazu befragt, wie häufig sie zum Zeitpunkt der Erhebung rauchen. Insgesamt rauchen aktuell 9 Prozent der Schüler*innen mindestens einmal im Monat oder öfter Tabak, wie z.B. Zigaretten, Shisha (11 bis 13 Jahre: 1%; 14-17 Jahre: 17%). Rund 1 Prozent der Schüler*innen rauchen täglich Tabak (11-13 Jahre: <1%; 14-17 Jahre: 2%). Mädchen und Jungen unterscheiden sich diesbezüglich nicht bedeutend.

Der Anteil der Schüler*innen, die zum Zeitpunkt der Befragung aktuell E-Zigarette mit Nikotin rauchen, liegt bei 2 Prozent (11-13 Jahre: <1%; 14-17 Jahre: 3%), weitere 2 Prozent rauchen aktuell E-Zigarette ohne Nikotin (11-13 Jahre: <1%; 14-17 Jahre: 4%). Täglich rauchen weniger als 1 Prozent der Schüler*innen E-Zigarette mit Nikotin, weitere 1 Prozent E-Zigarette ohne Nikotin. Knapp 6 Prozent rauchen aktuell E-Shisha (11-13 Jahre: 2%; 14-17 Jahre: 9%), weniger als 1 Prozent täglich.

Alkoholkonsum

Unter den Schüler*innen zwischen 11 und 17 Jahren trinken rund 6 Prozent (N=85) regelmäßig Alkohol. Unter regelmäßigem Alkoholkonsum wird hier verstanden, dass mindestens einmal in der Woche ein alkoholisches Getränk konsumiert wird. Nimmt unter den Schüler*innen zwischen 11 und 13 Jahren fast niemand regelmäßig Alkohol zu sich (1%; N=7), sind es unter den 14 bis 17-Jährigen rund 11 Prozent (N=78). Entgegen der Befunde aus der HBSC-Studie (HBSC, 2015) trinken Jungen (N=52) annähernd doppelt so häufig regelmäßig Alkohol als Mädchen (4%; N=32).

Unter den Schüler*innen der Sekundarstufe I wird, wenn auch selten, Bier am häufigsten konsumiert (2%; N=21), gefolgt von Likör oder Spirituosen (1%; N=16), Mischgetränken (1%; N=16) und weinhaltigen Getränken (<1%; N=9). Die Schüler*innen der Sekundarstufe II konsumieren deutlich häufiger Bier (18%; N=29), gefolgt von Mischgetränken (14%; N=23), Likör oder Spirituosen (13%; N=22) sowie weinhaltigen Getränken (6%; N=9).

Verhalten zur Schwangerschaftsverhütung

Insgesamt antworteten 1.454 der 1.697 Schüler*innen ab 11 Jahren zur Frage nach ihren Methoden zur Schwangerschaftsverhütung. Unter ihnen gaben 90 Prozent an, noch nie mit jemandem geschlafen zu haben. Unter den Schüler*innen der Sekundarstufe I sind es 93 Prozent sowie 78 Prozent der Sekundarstufe II-Schüler*innen. Männliche Jugendliche geben deutlich seltener an (86%), noch nie Sex gehabt zu haben, als weibliche (94%).

Unter den 143 Schüler*innen, die angeben schon mal mit jemandem geschlafen zu haben, geben 10 Prozent an, überhaupt nicht zu verhüten. 40 Prozent der Schüler*innen geben an mit der Pille zu verhüten, rund 78 Prozent nutzen beim Sex ein Kondom. Weitere 16 Prozent geben an sich vor Schwangerschaften durch „rechtzeitiges Abbrechen“ (coitus interruptus) zu schützen. Etwa 4 Prozent geben an, eine andere Methode zur Schwangerschaftsverhütung anzuwenden.

2.2 Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und der Zugang zu Gesundheitsinformationen

Die Gesundheitskompetenz der Eltern und des Lehrpersonals wurde mit dem HLS-EU-Q16, einer Kurzform des im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) entwickelten Selbstbewertungsinstrumentes erfasst. Die Befragten schätzen ihren Umgang mit Gesundheitsinformationen auf einer 4-stufigen Skala (sehr einfach, ziemlich einfach, ziemlich schwierig, sehr schwierig) in den Bereichen Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Versorgung ein, in denen die vier der Gesundheitskompetenz zugrundeliegenden Domänen (Zugang, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen) erfasst werden (Jordan & Hoebel, 2015). Mit dem hieraus errechneten Summenscore werden entsprechend der Empfehlungen von Röthlin et al. (2013) drei Gesundheitskompetenzlevel (ausreichend, problematisch, inadäquat) errechnet.

Verglichen mit den Referenzdaten aus der bundesweiten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA, Jordan & Hoebel, 2015) wird deutlich, dass sich das Gesundheitskompetenzniveau sowohl der Eltern als auch des Lehrpersonals an den hessischen Modellschulen nicht bedeutsam von den Studienteilnehmenden aus GEDA unterscheiden (Tab. 47).

Tab. 47: Health Literacy-Level der Eltern und des Lehrpersonals in Hessen im Vergleich zu Ergebnissen der GEDA-Studie 2013 (HLS-EU-Q16; Elternauskunft, $N=2.285$; Lehrerauskunft, $N=219$; GEDA, $N=4.952$)

	GEDA 2013		Eltern		Lehrpersonal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ausreichend	-	56	1.164	58	113	56
problematisch	-	32	588	29	65	32
inadäquat	-	13	261	13	23	11
n (teilnehmend)	4.845	100	2.013	100	201	100
n (fehlend)			272		18	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

In Tab. 48 sind die Antworthäufigkeiten der zusammengefassten Kategorien „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ für die Einzelitems des HLS-EU-Q16 im Vergleich der Eltern und Lehrer*innen mit den Referenzdaten aus GEDA (Jordan & Hoebel, 2015) dargestellt.

Die befragten Eltern unterscheiden sich in ihrem Antwortverhalten nicht wesentlich von den Teilnehmenden aus GEDA. Es zeigen sich jedoch Tendenzen nach denen es ihnen nach eigener Einschätzung einfacher fällt Gesundheitsinformationen zu verstehen (was der Arzt sagt, Informationen in den Medien), diese zu beurteilen (Notwendigkeit einer zweiten Meinung) und anzuwenden (Entscheidungen treffen, Anweisungen folgen). Unter den Lehrer*innen zeichnet sich ab, dass diese deutlich seltener als in GEDA angeben Schwierigkeiten beim Verstehen von

Gesundheitsinformationen zu haben. Jedoch wird der Zugang zu Gesundheitsinformationen (professionelle Hilfe im Krankheitsfall, Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen) häufiger als schwierig erlebt.

Tab. 48: Prozentuale Häufigkeiten der Einzelitems des HLS-EU-Q16 für „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ in Hessen (Elternauskunft, N=2.285; Lehrerauskunft, N=219; GEDA, N=4.952)

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	GEDA 2013 %	Eltern Hessen %	Lehrperso- nal Hessen %
...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	21	21	21
...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	16	18	21
...zu verstehen, was der Arzt Ihnen sagt?	15	11	7
...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	4	3	2
...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollen?	43	34	42
...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	29	26	33
...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	7	4	5
...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depressionen, zu finden?	37	40	44
...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	5	8	1
...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	7	6	5
...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	51	52	48
...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	41	41	40
...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	21	31	17
...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	13	12	10
...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	26	21	15
...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	14	17	17

Unter den Schüler*innen wurde die Gesundheitskompetenz mithilfe des von Paakkari et al. (2016) entwickelten 10-Item-Selbstbewertungsinstruments Health Literacy for School-aged Children (HLSAC) erfasst. Mit je zwei Items werden die Kernkomponenten des zugrundeliegenden Modells von Gesundheitskompetenz erfasst - theoretisches Wissen (*theoretical knowledge*), praktisches Wissen (*practical knowledge*), kritisches Denken (*critical thinking*), Selbstwahrnehmung (*self-awareness*) und Bürgerschaft (*citizenship*). Hier zeigt sich (**Abb. 17**), dass

17 Prozent der Schüler*innen (N=234) ein hohes Health Literacy Level aufweisen. Eine große Mehrheit der Schüler*innen (68%; N=936) hat ein moderates, 15 Prozent (N=209) ein niedriges Health Literacy Level. Bisher existieren im deutschsprachigen Raum hierfür keine Referenzwerte, Vergleiche können mit den Daten der Folgerhebung (T1) gezogen werden.

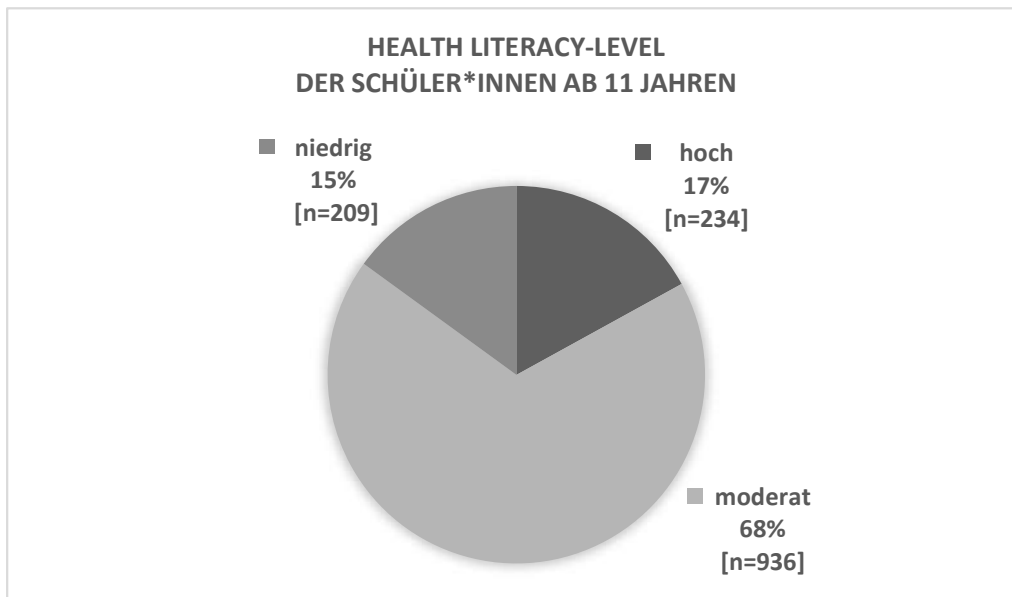


Abb. 17: Health Literacy-Level der Schüler*innen in Hessen (HLSAC; N=1.697)

Welche Quellen Schüler*innen ab 11 Jahren und die Eltern aller Schüler*innen nutzen, um sich darüber zu informieren, wie sie fit und gesund bleiben können, wurde in einem Mehrfachantwortformat erfragt.

Mehr als die Hälfte der Schüler*innen (61%; N=1.033) geben an, sich an ihre Mutter zu wenden (**Tab. 49**). Auch das Internet wird von jeder* jedem Zweiten (47%; N=802) dafür genutzt. Der Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten stellt für viele Kinder und Jugendliche ebenfalls eine Quelle von Gesundheitsinformation dar. So wenden sich jeweils 20 Prozent von ihnen mit Fragen an den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (N=338) oder an die Hausärztin*den Hausarzt (N=332) und weitere 8 Prozent (N=139) an eine Fachärztin*einen Facharzt. Auch andere Familienmitglieder (24%; N=406) sowie Freunde und Bekannte (22%; N=373) spielen bei knapp jeder* jedem Vierten eine Rolle bei der Beschaffung von Informationen. Bereits zu Beginn des Modellprojektes wandten sich 4 Prozent (N=73) der Schüler*innen bei Fragen zum Thema Gesundheit an die „Schulgesundheitsfachkraft“.

Tab. 49: Informationsquellen bei Fragen zum Thema Gesundheit der Schülerin*des Schülers in Hessen (Schüler*innen >11 Jahren N= 1.697; alle Eltern N=2.285)

	Schüler*innen		Eltern	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bücher, Broschüren oder Zeitschriften	234	14	676	30
Mutter	1.033	61	-	-
Oma des Kindes	-	-	193	8
Anderes Familienmitglied	406	24	257	11
Apotheke	148	9	234	10
Freunde und Bekannte	373	22	466	20
Kinder- und Jugendärztin*-arzt	338	20	1.472	64
niemand	105	6	89	4
Beratungsstelle	37	2	92	4
Gesundheitsamt	43	3	33	1
Hausärztin*-arzt	332	20	825	36
Internet	802	47	1.061	46
Fachärztin*-arzt	139	8	398	17
„Schulgesundheitsfachkraft“	73	4	45	2
andere Informationsquellen	86	5	58	3

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Auch unter den meisten Eltern stellen Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Quelle für Informationen dar, wie ihr Kind fit und gesund bleiben kann. So wenden sich 64 Prozent (N=1.472) an den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, 36 Prozent (N=825) an die Hausärztin*den Hausarzt sowie 17 Prozent (N=398) an die Fachärztin*den Facharzt. Jedes zehnte Elternteil wendet sich mit Fragen an eine Apotheke (10%; N=234). Und auch fast jedes zweite Elternteil (46%; N=1.061) sucht im Internet Informationen zu Gesundheitsthemen. Sowohl Printmedien, wie Bücher, Broschüren oder Zeitschriften (30%; N=676) als auch Freunde und Bekannte (20%; N=466) und andere Familienmitglieder (N=257) spielen bei vielen Eltern eine Rolle bei der Beschaffung von Informationen.

2.3 Gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen

Da insgesamt nur 25 Eltern einen Fragebogen für Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf ausgefüllt haben, werden tiefergehende Analysen mangels Repräsentativität und um eine Rückführbarkeit auf Einzelpersonen zu vermeiden, nicht durchgeführt.

Es soll später diskutiert werden, warum diese Zielgruppe an den Schulen kaum erreicht wurde.

2.3.1 Partizipation, Gleichbehandlung und Rücksichtnahme

Die Eltern der Schüler*innen, aber auch die Schüler*innen ab 11 Jahren selbst wurden zu ihren Möglichkeiten der Teilnahme, der Gleichbehandlung und zur Rücksichtnahme in der Schule befragt. Der Großteil der Schüler*innen kann an allen schulischen Aktivitäten trotz einer bestehenden Erkrankung oder einer Behinderung partizipieren. Dennoch gibt es immer noch einige - wenn auch wenige - Schüler*innen, denen die Teilhabe entsprechend ihrer Möglichkeiten noch ermöglicht werden sollte. Denn die Schüler*innen, die selbst oder deren Eltern angeben, dass bei ihnen eine andauernde Erkrankung oder eine Behinderung vorliegt (N=254) sowie die Eltern, die den Fragebogen Nr. 4 ausgefüllt haben (N=25) sagen aus, dass...

- Prozent von ihnen nur manchmal oder nie an den gemeinsamen Pausen und

- 3 Prozent von ihnen nur selten oder nie am Sportunterricht teilnehmen.

Eine überwiegende Mehrheit zeigt sich zufrieden mit der Rücksichtnahme durch Lehrer*innen und Mitschüler*innen. Dennoch denken 16 Prozent (N=23), dass Lehrer*innen sowie weitere 13 Prozent (N=19), dass ihre Mitschüler*innen zu wenig Rücksicht auf sie nehmen. Auf die Frage, ob sie durch das Lehrpersonal oder ihre Mitschüler*innen aufgrund der Erkrankung oder Behinderung gehänselt werden, antworten 3 Prozent (N=5), dass sie regelmäßig von ihren Lehrerinnen oder Lehrern sowie weitere 13 Prozent (N=19) von ihren Mitschülerinnen oder Mitschülern gehänselt werden.

2.4 Lehrpersonal

Nachfolgend wird ein kurzer Überblick der Ergebnisse der Lehrer*innenbefragung in Bezug auf die wahrgenommenen gesundheitlichen Versorgungsbedarfe der Schüler*innen und ihre Sicherheit im Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen gegeben.

2.4.1 Gesundheitsbezogene Tätigkeiten in der Schule

Lehrer*innen oder Schulsekretärinnen, deren medizinische Kenntnisse zumeist nicht über die Inhalte des verpflichtenden Erste-Hilfe-Kurses hinausgehen, sind mit Entscheidungen, die bezüglich der gesundheitlichen Situation der Schüler*innen getroffen werden müssen, nicht selten überfordert (Dillmann & Kocks, 2014). Die Ergebnisse der vorliegenden Lehrer*innenbefragung demonstrieren, dass viele der Lehrenden dennoch häufig mit diesen Anforderungen konfrontiert sind. Ergänzend zu den Angaben der Schüler*innen und ihrer Eltern zu den Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Schulalltag (Kapitel VII.2.1.2) äußern unter den befragten Lehrerinnen und Lehrern...

- 13 Prozent, dass sie mindestens einmal wöchentlich fachfremde gesundheitsbezogene Aufgaben übernehmen. Ein Drittel unter ihnen gibt dafür einen Aufwand zwischen 30 und 60 Minuten an.
- 29 Prozent, dass sie in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal während des Schulalltags den ärztlichen Notfalldienst gerufen haben (Abb. 18).

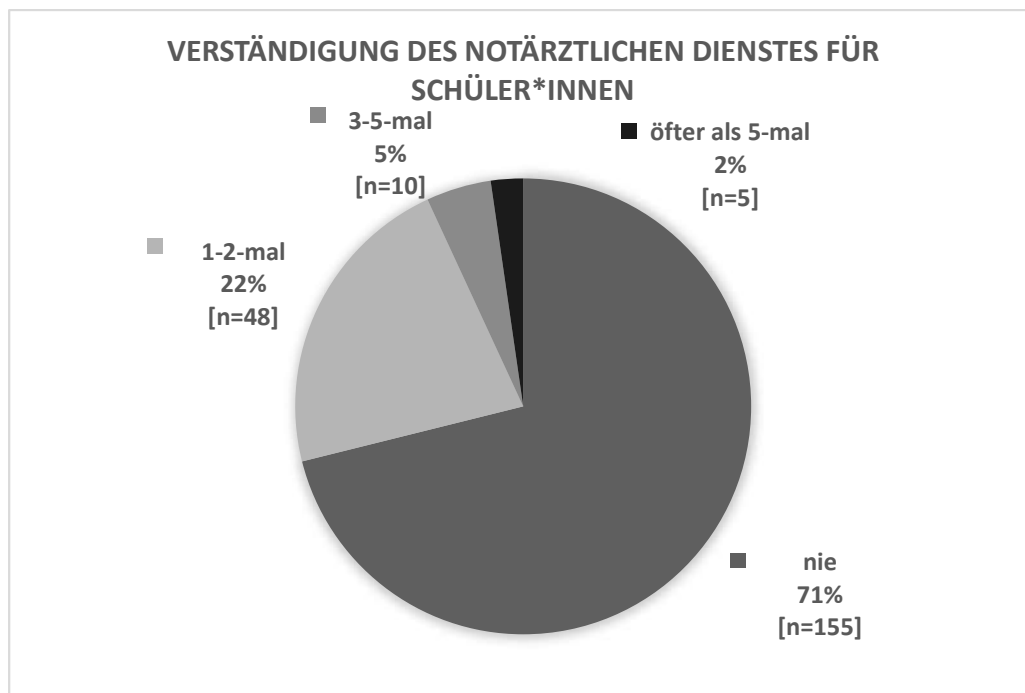


Abb. 18: Verständigung des notärztlichen Dienstes durch die Lehrer*innen in den letzten 12 Monaten in Hessen (N=219)

Sofern dafür kein medizinisch geschultes Personal erforderlich ist, können Lehrkräfte in Hessen die Verabreichung von Medikamenten und die Durchführung von anderen medizinischen Hilfsmaßnahmen auf freiwilliger Basis übernehmen. Es zeigt sich jedoch, dass sich drei von vier Lehrer*innen nicht ausreichend über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Medikamentengabe an Schulen ausreichend informiert fühlt (Abb. 19).



Abb. 19: Informiertheit der Lehrer*innen über rechtliche Rahmenbedingungen der Medikamentengabe an Schulen in Hessen (Selbstauskunft; N=219)

2.4.2 Sicherheit im Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen

Die Lehrerinnen und Lehrer wurden gebeten anzugeben, wie sicher sie sich im Umgang mit Schüler*innen mit bestimmten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und in bestimmten Notfallsituationen fühlen. Sie hatten die Möglichkeit in einem 4-stufigen Antwortformat darüber Auskunft zu geben, ob sie sich *sehr sicher*, *eher sicher*, *eher unsicher* oder *sehr unsicher* im Umgang fühlen. In Abb. 20 sind die Angaben zum sehr bis eher sicheren Umgang zusammengefasst dargestellt. Hier wird deutlich, dass sich die meisten Lehrer*innen im Umgang mit Schüler*innen mit Lern- und Rechtschreibschwäche (70%; N=153) sicher fühlen. Jede*r zweite Lehrer*in fühlt sich ebenfalls sicher im Umgang mit Schüler*innen mit Hörschwierigkeiten (52%; N=113), Neurodermitis (53%; N=113) sowie Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (52%; N=112) und Migräne (46%; N=98).

Deutlich geringer schätzen die Lehrenden ihre Sicherheit im Umgang mit psychischen Erkrankungen oder Störungsbildern ein, emotionale Auffälligkeiten (38%; N=82), Schulangst (33%; N=70), Essstörungen (28%; N=59), Depressionen (22%; N=47) oder nur sehr selten auftretenden Erkrankungen wie einer Zwangsstörung (12%; N=25), der Borderline Persönlichkeitsstörung (10%; N=21), und der Schizophrenie (5%; N=10). Jeweils 30 Prozent der Lehrer*innen (N=63) fühlen sich im Umgang mit Schüler*innen mit Diabetes mellitus oder einer auftretenden Hypoglykämie (zu niedriger Blutzuckerspiegel; N=64) sicher, aber nur 15 Prozent im Falle einer Hyperglykämie (zu hoher Blutzuckerspiegel; N=26).

In Bezug auf mögliche Akutsituationen fühlen sich die Hälfte der Lehrende im Falle von Migräneanfällen (46%; N=98) sicher. Weniger sicher fühlen sie sich in Situationen mit beginnenden allergischen Reaktionen (30%; N=65), Asthmaanfällen (28%; N=61), epileptischen Anfällen (22%; N=46) oder einem anaphylaktischen Schock (6%; N=12).

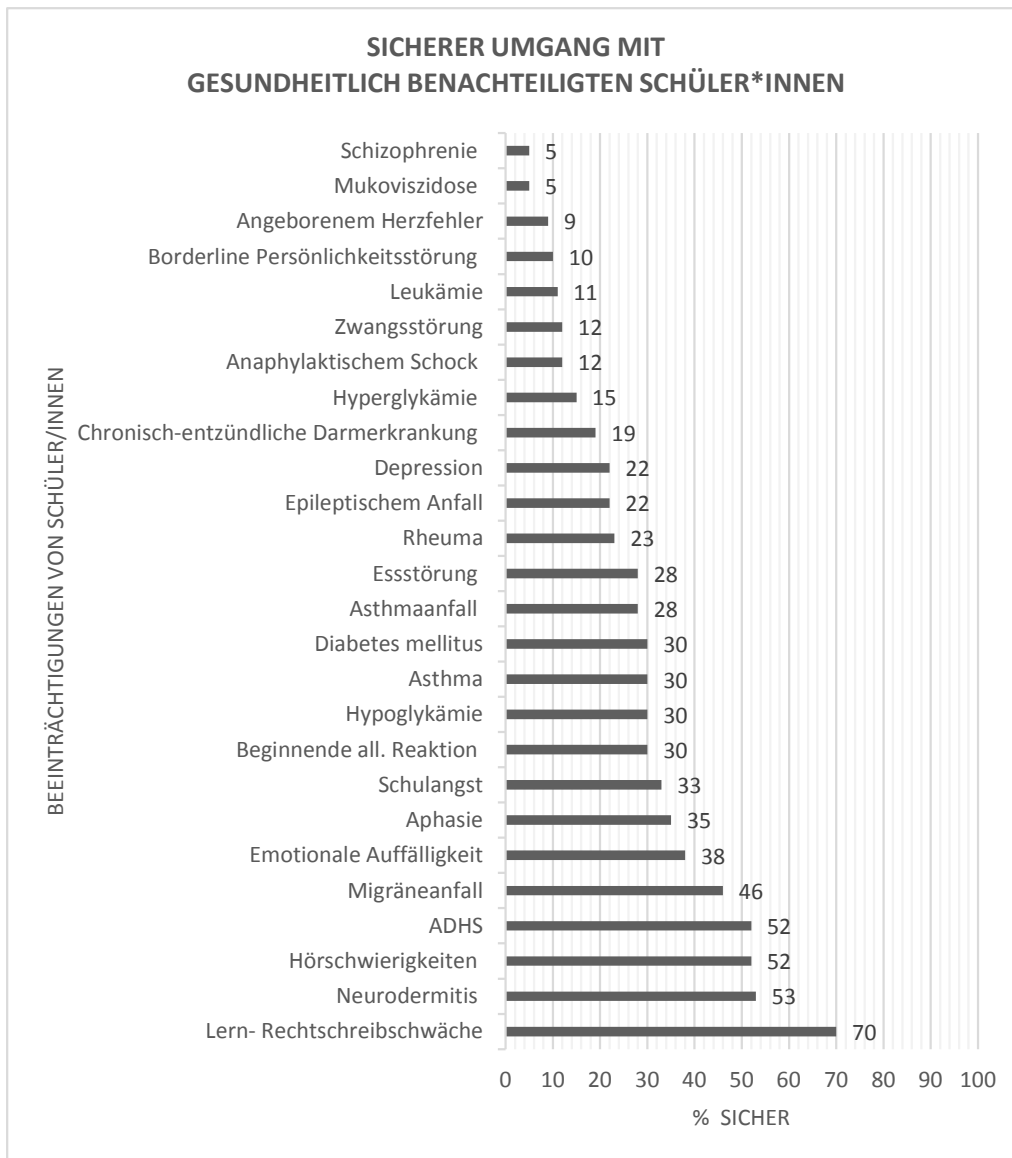


Abb. 20: Angaben der Lehrer*innen zum sicheren Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schülern und Schülerinnen in Hessen ($N=219$)

3. Einordnung und Kommentar

Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen wird von den Eltern und den Jugendlichen in beiden Bundesländern selbst als überwiegend gut bis sehr gut eingeschätzt. Angaben der Schüler*innen über 11 Jahren deuten jedoch auf eine erhöhte Prävalenz von Übergewicht hin (Brandenburg 15%; Hessen 10%). Obwohl weitere Dreiviertel der Schüler*innen normalgewichtig sind, glaubt nur etwa die Hälfte von ihnen (Brandenburg 44%; Hessen 52%), dass sie das richtige Gewicht haben. Die subjektive Wahrnehmung des Körpers, insbesondere die Erarbeitung eines positiven Körperselbstbildes wären demnach Themen, denen an den Schulen größere Beachtung geschenkt werden könnte.

Ein nicht unwesentlicher Anteil der Schüler*innen in beiden Bundesländern leidet zu dem manchmal bis oft an Ein- oder Durchschlafstörungen. Diese können ursächlich für Übergewicht verantwortlich sein (RKI 2008) und Hinweise auf belastende Lebensereignisse oder Stress geben. Schlafstörungen und deren Genese sollten daher auch im Rahmen der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ ernstgenommen werden.

Etwa jede*r zehnte Schüler*in leidet nach eigenen Angaben oder Angaben der Eltern an einer chronischen Erkrankung (Brandenburg 14%; Hessen 9%), dabei spielen allergische Erkrankungen sowie Aufmerksamkeitsdefizits- und/ oder Hyperaktivitätsstörungen eine große Rolle. Sogar jede*r dritte Schüler*in litt nach Angaben der Eltern im Laufe des Lebens an einer chronischen Erkrankung (Brandenburg 36%; Hessen 37%). Allergische Erkrankungen treten auch hier am häufigsten auf. Die Rolle chronischer Erkrankungen im Kindes und Jugendalter wird durch diese Befunde mehr als deutlich. Die gehäuft auftretenden allergischen Erkrankungen verlangen von den Pflegenden im Setting Schule womöglich schnelles Handeln im Notfall. Daher sollten diese auf solche Situationen bestmöglich vorbereitet sein. Mehr noch sollte in Betracht gezogen werden, ob und wie „Schulgesundheitsfachkräfte“ einen Beitrag zu einer Schulumwelt leisten können, in der das Risiko allergischer Reaktionen möglichst reduziert ist, lebensgefährliche Notfälle verhindert sind und eine schnelle Notfallversorgung gewährleistet ist.

Es zeigt sich, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Schmerzen oder Erkrankungen nach Angaben der Schüler*innen und ihrer Eltern zu Beginn des Modellprojektes im Schullalltag gehäuft auftreten und sich daraus entstehende Abwesenheiten ganz wesentlich auf die Ausbildungsfähigkeit der Schüler*innen auswirken. Jede*r fünfte bis jede*r dritte Schüler*in konnte aufgrund von Schmerzen oder Erkrankungen in den vergangenen drei Monaten nicht am Unterricht teilnehmen, musste von der Schule abgeholt werden oder während der Schulzeit zur Ärztin* zum Arzt. Auch häufig auftretende Unfälle, insbesondere im Bereich der Grundstufe, haben zur Folge, dass jede*r zehnte Schüler*in in diesem Zeitraum nach Hause geschickt werden oder von der Schule abgeholt werden musste. Auf den ersten Blick deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass der Bedarf an Akutversorgung durch die „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen hoch ist. In den Befunden spiegelt sich jedoch auch der noch bis zu Beginn des Modellprojektes an den Schulen herrschende Mangel an medizinisch-pflegerischem Personal wieder. Die Einschätzung darüber, ob ein*e Schüler*in bei Unwohlsein oder nach einem Unfall in der Schule verbleiben kann, von den Eltern abgeholt werden muss oder ärztlich versorgt werden muss, oblag vor dem Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ dem Lehr- bzw. Verwaltungspersonal, deren medizinische Kenntnisse zumeist nicht über die Inhalte des verpflichtenden Erste-Hilfe-Kurses hinausgehen. Da in diesen Fällen in der Regel die sorgeberechtigten Eltern benachrichtigt wurden, mussten diese ihre Arbeit unterbrechen, um sich des Wohlergehens ihrer Kinder zu versichern. Nicht wenige der befragten Eltern fehlten in den vergangenen sechs Monaten mindestens einmal wegen einer Erkrankung ihres Kindes am Arbeitsplatz (Brandenburg 23% der Mütter und 15% der Väter; Hessen 30% der Mütter und 15% der Väter). Aus den Daten der Lehrer*innenbefragung geht hervor, dass jede*r zehnte bis fünfte Lehrer*in trotz mangelnder Kenntnisse dennoch jede Woche fachfremde gesundheitsbezogene Aufgaben übernimmt. Ein Großteil fühlt sich darüber hinaus nicht ausreichend über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Medikamentengabe an Schulen ausreichend informiert (Brandenburg 53%; Hessen 71%).

VIII Implementierung der Schulgesundheitspflege

In diesem Kapitel werden vergleichend für beide Bundesländer die Rahmenbedingungen für die Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkräfte“ beschrieben. Die Erwartungen der Eltern, Schüler*innen, des Lehrpersonals und der Schulleitungen an das neue Angebot, die in der Baseline-Erhebung erfasst wurden, sind anschließend getrennt nach Bundesländern ausgewertet. Die Perspektive der „Schulgesundheitsfachkräfte“ über förderliche und hemmende Faktoren soll den Blick auf die Anfangsphase der Arbeit an den Schulen abrunden.

Ziel ist es, die Vorgaben und Vorannahmen bezüglich der Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkräfte“ festzuhalten und ebenso die Bedingungen für die Implementierung der Schulgesundheitspflege zu beschreiben. Im Abschlussbericht wird dann zu erfassen sein, welche Tätigkeiten von den „Schulgesundheitsfachkräften“ tatsächlich ausgeübt und wie diese im Laufe der Modellzeit gewichtet wurden.

1. Vorgaben und Empfehlungen der Machbarkeitsstudie

Basierend auf einer Sichtung der internationalen Literatur und einem transnationalen Austausch mit Finnland und Polen wurden in einer Machbarkeitsstudie des AWO Bezirksverbandes Potsdam Qualitätskriterien zur Erstellung eines Tätigkeitsprofils für „Schulgesundheitsfachkräfte“ im Land Brandenburg entwickelt (Tab. 50). Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ können (dürfen) demnach nur Aufgaben wahrnehmen,

- zu denen sie fachlich qualifiziert sind bzw. im Rahmen einer beruflichen Qualifizierung vor Dienstantritt qualifiziert wurden
- denen keine rechtlichen Regelungen entgegenstehen (z.B. darf sie gemäß dem Brandenburgischen Schulgesetz keinen eigenständigen Unterricht durchführen)
- die nicht bereits von anderen Berufsgruppen wahrgenommen werden, darunter Lehrer*innen mit Ersthelfer- oder sonderpädagogischer Zusatzausbildung, Schulpsycholog*innen, Schulsozialarbeiter*innen, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Damit sollen Doppelstrukturen vermieden werden.
- die in der Summe ein nicht zu breites Tätigkeitsspektrum abdecken und somit nicht zu Überforderung führen (z.B. sollten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht durchgeführt, sondern nur initiiert werden, es sollten keine regelmäßigen Untersuchungstermine stattfinden und die Erstversorgung sollte stets Vorrang haben) (AWO 2015: 47f).

Tab. 50: Mögliche Aufgabenbereiche und dazugehörige Tätigkeiten zukünftiger Schulpflegekräfte im Land Brandenburg (vgl. AWO Machbarkeitsstudie 2015)

Aufgabenbereich	Tätigkeiten
Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Akutversorgung von erkrankten und verletzten Personen auf dem Schulgelände • Erbringung ausgewählter (einfacher) Leistungen der med. Behandlungspflege • ggf. ergänzende medizinische Nachsorge nach Schulunfällen
Früherkennung	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Hilfestellung für Schüler*innen und ihre Eltern bei gesundheitlichen Auffälligkeiten, Problemen und bisher unerkannten Erkrankungen durch <ul style="list-style-type: none"> (a) Beratung, (b) orientierende Untersuchungen bzgl. Hör- und Sehvermögen (auf Anfrage der Lehrkräfte und in Abstimmung mit den Erziehungsberechtigten) und ggf. Vermittlung weiterer Maßnahmen, (c) Beratung und orientierende Untersuchungen bzgl. individuell bedeutsamer Themen wie z.B. Ernährung (inkl. z.B. Gewichtsmessung bei auffälligen Gewichtsausprägungen/ -schwankungen)
Gesundheitsförderung/ Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Initiierung bewährter und qualitätsgesicherter Projekte zur Gesundheitsförderung und primären Prävention in der Schule bzgl. Themen wie Ernährung/ Mahlzeitenversorgung, Bewegung, Sucht, Mundgesundheit/ Zähneputzen, Impfbereitschaft/ Impfschutz, sexuelle Aufklärung • Unterstützung der Klassenlehrkraft in der Elternarbeit bei gesundheitsrelevanten Themen

2. Tätigkeitsprofil laut Curriculum: Erwartungen an die „Schulgesundheitsfachkräfte“

Die Entwicklung des „Curriculums zur Qualifizierungsmaßnahme für examinierte Gesundheits- und Kinder-/ Krankenpflegende zu Schulgesundheitsfachkräften“, welches die formale didaktische Grundlage für die Qualifizierung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ darstellt, orientiert sich im weitesten Sinne an dem „European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2014). Es wurde von einem Expertengremium an rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen in Deutschland angepasst und beschreibt sechs Aufgabenbereiche inkl. eines prozentualen Anteils des jeweiligen Aufgabenbereiches am Gesamttätigkeitsspektrum der „Schulgesundheitsfachkräfte“ (Tab. 51).

Tab. 51: Art und Anteil der Aufgabenbereiche einer "Schulgesundheitsfachkraft" (vgl. AWO Curriculum 2016: 12)

Art der Versorgung	Anteil (in %)
1) Gesundheitliche Versorgung	30
2) Gesundheitsförderung und Prävention	20
3) Früherkennung	20
4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/ Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule	15
5) Ansprech- und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten	15
6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation	Inklusiver Bestandteil der Bereiche 1-5

3. Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Schulgesundheitspflege

3.1 Auswahl, Weiterbildung und rechtliche Rahmenbedingungen der „Schulgesundheitsfachkräfte“

Brandenburg

Der AWO Bezirksverband Potsdam wählte die 10 auszubildenden „Schulgesundheitsfachkräfte“ aus einer Vielzahl von Initiativbewerbungen aus, die seit der Projektidee 2012 eingegangen waren. Voraussetzung war dabei der Abschluss als examinierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*in. Positiv berücksichtigt wurden vor allem die Erfahrungen der Bewerber*innen in der Arbeit mit Kindern.

Die zehn ausgewählten Pflegenden durchliefen zunächst eine dreimonatige Vollzeitqualifikation und arbeiten zu hundert Prozent seit dem 06. Februar 2017 bis zum 31. Oktober 2018 je nach Größe der Schule an ein, zwei oder drei der insgesamt 20 teilnehmenden Schulen. Dabei hatten sie tätigkeitsbegleitenden Unterricht in der AWO-Fachschule für Sozialwesen in Potsdam, bis sie Ende Oktober 2017 ihre Qualifizierung erfolgreich abschlossen. Eine angehende „Schulgesundheitsfachkraft“ schied im Juni 2017 aus. Nach den Sommerferien im September 2017 nahm an den beiden betreffenden Schulen eine andere Pflegenden die Arbeit auf, die tätigkeitsbegleitend weitergebildet wird. Bis dato treffen sich die „Schulgesundheitsfachkräfte“ einmal im Monat zu einem Reflexionstag und zur Supervision in Potsdam.

Die Dienstaufsicht obliegt dem AWO Bezirksverband Potsdam e.V. als Anstellungsträger. Die Fachaufsicht hat ebenfalls der Projektträger inne in Zusammenarbeit mit einem Pädater. Die personelle Begleitung durch den Projektträger umfasst Besuche in den Schulen, Treffen während der regionalen Arbeitskreise, die monatlichen Reflexionstage und Mail-Verkehr und Telefonate.

Hessen

In Hessen waren die Voraussetzungen für die Bewerbung zur Teilnahme an der Qualifizierung zur „Schulgesundheitsfachkraft“ ebenfalls eine abgeschlossene Berufsausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*in mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung. Gewünscht waren neben Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen eine selbstständige und flexible Arbeitsweise, eine hohe Kommunikationsfähigkeit, interkulturelle Kompetenzen und Sicherheit im Umgang mit MS Word, Outlook und Excel. Ausgewählt wurden die Bewerber*innen durch die staatlichen Schulämter Frankfurt am Main und Offenbach in Anwesenheit der HAGE, des Personalrates, einer Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes, in Offenbach mit den Schulleitungen und in Frankfurt am Main auch mit der Schulpsychologin.

Die zehn „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Hessen starteten nach zweimonatiger Vollzeitqualifikation Anfang Juni 2017 ihre Arbeit an zehn verschiedenen teilnehmenden Schulen in Frankfurt am Main und Offenbach. Eine Kandidatin wurde auf eigenen Wunsch zu 75% eingestellt. Inzwischen hat eine weitere „Schulgesundheitsfachkraft“ eine Stundenreduzierung auf 75% beantragt. Alle „Schulgesundheitsfachkräfte“ werden noch bis April 2018 an der Evangelischen Hochschule Darmstadt tätigkeitsbegleitend weiter unterrichtet. Das Curriculum als Weiterbildungsmaßnahme wird durch die Gesellschaft zur Förderung sozialer Innovationen e.V. (GFSI) evaluiert.

Anders als in Brandenburg obliegt die Dienstaufsicht in Hessen der Schulleitung, die fachliche Beratung und Begleitung liegt bei den jeweiligen Gesundheitsämtern. Dort finden mindestens alle drei Monate Treffen zum Austausch statt. Genau wie in Brandenburg stehen den „Schulgesundheitsfachkräften“ Mentor*innen in den Schulen zur Seite. Der Projektträger besucht sie ebenfalls am Arbeitsplatz und auch in Hessen gibt es eine monatliche externe Supervision.

3.2 Zuteilung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ und Betreuungsschlüssel

In Brandenburg sind zwei der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an einer Modellschule tätig, sechs an je zwei und zwei „Schulgesundheitsfachkräfte“ sind für drei Schulen verantwortlich. In der Machbarkeitsstudie des AWO Bezirksverbandes Potsdam ist das Betreuungsverhältnis von maximal 1:700 bei einer Vollzeitbeschäftigung vorgeschlagen, „optimal wäre ein Verhältnis von ca. 1:350“ bei hohem Bedarf an medizinisch-pflegerischer Unterstützung, heißt es weiterhin (AWO 2015: 58). Die durchschnittliche Betreuungsquote beläuft sich im Modellprojekt auf 696 Schüler*innen je „Schulgesundheitsfachkraft“. Die beiden Schulen in Frankfurt/ Oder liegen mit einem Betreuungsschlüssel von 1:823 und das Oberstufenzentrum mit einem Schlüssel von 1:1200 über der erwarteten Grenze, was nicht mit einem geringeren Bedarf der Schüler*innen erklärt werden konnte.

Von der HAGE wurde für die Hessischen Schulen ebenfalls ein Betreuungsschlüssel von 600 bis 750 Schüler*innen je „Schulgesundheitsfachkraft“ gemäß den Empfehlungen des US Department of Health and Human Services festgelegt. Hier arbeitet je eine „Schulgesundheitsfachkraft“ in einer Modellschule, allerdings liegt in fünf Schulen ein deutlich höherer Betreuungsschlüssel mit über 1000 Schüler*innen je „Schulgesundheitsfachkraft“ vor (minimal 1:497, maximal 1:1250), der ebenfalls nicht mit einem geringeren Bedarf der Schüler*innen erklärt werden kann. Zwei der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Hessen sind in Teilzeit angestellt.

In der folgenden Übersicht (**Tab. 52**) sind zunächst die teilnehmenden Schulen beider Bundesländer aufgeführt mit der Schulform, der Anzahl der Schüler*innen, des Lehrpersonals und des Betreuungsschlüssels durch die „Schulgesundheitsfachkraft“. Die Angaben sind dem Fragebogen an die Schulleiter*innen entnommen.

Tab. 52: Modellschulen in Brandenburg und Hessen mit Betreuungsschlüssel Schulgesundheitspflege

Projekt-träger	Anstel-lungsträger	Schul-amt	Schule	Ort	Schulform	Schüler*innen	Lehrer*innen	Betreuungs-schlüssel
Brandenburg AWO Bezirksverband Potsdam e.V.	AWO Bezirksverband Potsdam e.V.	Brandenburg an der Havel	Grundschule Gebrüder Grimm	Brandenburg (a.d.Havel)	Grundschule	325	25	1/625
			Nicolaischule - Städtische Oberschule	Brandenburg (a.d.Havel)	Oberschule	300	28	
			Diesterweg-Grundschule	Beelitz	Grundschule	411	25	1/679
			Solar-Oberschule Beelitz	Beelitz	Oberschule	268	24	
			Grundschule Trebbin	Trebbin	Grundschule	317	15	1/645
			Goetheoberschule Trebbin	Trebbin	Oberschule	170	17	
			Grundschule Blankensee	Blankensee	Grundschule	158	12	
		Cottbus	Europaschule Regine-Hildebrandt-Grundschule	Cottbus	Grundschule	425	32	1/727
			Fröbel-Grundschule Cottbus	Cottbus	Grundschule	302	21	
			Grundschule Rückersdorf	Rückersdorf	Grundschule	155	12	1/667
			Grundschule Nehesdorf	Finsterwalde	Grundschule	269	18	
			Grundschule Stadtmitte	Finsterwalde	Grundschule	243	21	
		Frankfurt (Oder)	OSZ I Barnim - Abteilung 1	Bernau bei Berlin	berufsbildende Schule	130	12	1/1200
			Karl-Sellheim-Schule	Eberswalde	Oberschule mit Grundstufe	711	75	1/711
			Oberschule "Ulrich von Hutten" Frankfurt (Oder)	Frankfurt (Oder)	Oberschule	472	38	1/823
			Grundschule "Lenné" Frankfurt (Oder)	Frankfurt (Oder)	Grundschule	351	27	
		Neu-ruppin	Grundschule "Wilhelm Gentz" Neuruppin	Neuruppin	Grundschule	201	15	1/512
			Oberschule "Alexander Puschkin"	Neuruppin	Oberschule	311	24	

Projekt-träger	Anstel-lungsträger	Schul-amt	Schule	Ort	Schulform	Schüler*innen	Lehrer*innen	Betreuungs-schlüssel
Hessen Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung	Staatliches Schulamt Frankfurt (Main)	Frankfurt (Main)	Ernst-Reuter- Schule II	Frankfurt (Main)	Integrierte Gesamtschule	1250	130	1/1250
			Georg-Büchner-Schule	Frankfurt (Main)	Integrierte Gesamtschule mit Grundstufe	1050	85	1/1050
			Helmholtzschule Frankfurt	Frankfurt (Main)	Gymnasium	790	70	1/790
			IGS Eschersheim	Frankfurt (Main)	Integrierte Gesamtschule	716	55	1/716
			Liebigschule	Frankfurt (Main)	Gymnasium	1104	115	1/1104
	Staatliches Schulamt Offenbach	Offenbach	Adolf-Reichwein-Gymnasium Heusen- stamm	Heusenstamm	Gymnasium	1180	94	1/1180
			Albert-Einstein-Schule	Langen	Integrierte Gesamtschule	497	40	1/497
			Ernst-Reuter-Schule	Offenbach	Grund-, Haupt- und Realschule mit Förderstufe	780	56	1/780
			Georg-Büchner-Schule	Rodgau	Kooperative Gesamtschule	1050	85	1/1050
			Rudolf-Koch-Schule	Offenbach	Gymnasium	900	86	1/900

3.3 Ausstattung der Behandlungszimmer

Der AWO Bezirksverband Potsdam erwartete bei der Auswahl der Schulen, dass ein ebenerdiges Krankenzimmer zur Verfügung gestellt wird mit Fenster, Waschbecken und räumlich angrenzender Toilette, sowie guter Erreichbarkeit für Rettungskräfte. Wichtig war dem AWO Bezirksverband Potsdam zudem, dass Ruhe und Privatsphäre gewährleistet werden können.

Die strukturellen Anforderungen erstrecken sich in Hessen auf einen Behandlungsraum und eine zur Verfügung stehende Toilette. Ebenfalls betont wurde von der HAGE der Wunsch, Ruhe und Privatsphäre einräumen zu können.

Im Folgenden wird ein Überblick darüber gegeben, in welchem Ausmaß sich die Eltern der Schüler*innen über bestimmte Aspekte der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ informiert fühlen. Anschließend werden die Erwartungen sowie deren Priorisierung durch die Zielgruppen des Modellprojektes (Schüler*innen, Eltern, Lehrpersonal, Schulleiter*innen) an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkräfte“ dargestellt.

4. Die Perspektive der Zielgruppen auf das neue Versorgungsangebot in Brandenburg

4.1 Erwartungen an die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“

Die Schüler*innen ab 11 Jahren und ihre Sorgeberechtigten wurden in der Baseline-Erhebung gefragt, welche auf die Schüler*innen bezogenen Aufgaben die „Schulgesundheitsfachkraft“ ihrer Meinung nach haben sollte.

Eltern

Es zeigt sich deutlich, dass die meisten Eltern der Schüler*innen beider Bildungsstufen die „Erste Hilfe“ als eine der wichtigsten Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“ sehen. Dabei kann an dieser Stelle nicht näher erörtert werden, ob es sich hierbei um das Leisten der Ersten Hilfe oder die Vermittlung relevanter Informationen geht (Tab. 53). Drei Viertel der Eltern beider Bildungsstufen sieht eine der Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“ darin, dass sie Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden ist. Eine große Mehrheit der Sorgeberechtigten spricht sich ebenfalls dafür aus, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ eine Vertrauensperson an der Schule sein sollte.

Jedoch gibt es auch deutliche, alters- und entwicklungsabhängige Unterschiede zwischen den Angaben der Eltern der Grundstufenschüler*innen und der Sekundarstufe I. In absteigender Reihenfolge zählt etwa jede*r zweite Sorgeberechtigte von Grundstufenschüler*innen zu den Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“, dass sie Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt, ihr Kind dazu berät, wie es gesund bleiben kann, Hausmittel anwendet, Hygieneartikel (wie z.B. Tampons, Taschentücher) ausgibt, Fortbildung zu Gesundheitsthemen anbietet und mit örtlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten zusammenarbeitet. Nur etwa ein Drittel von ihnen denkt, dass sie bei Sucht, Gewichtsproblemen oder der Medikamenteneinnahme beraten sollte.

Ein Großteil der Eltern der Schüler*innen der Sekundarstufe I hingegen sieht die Beratung bei Sucht durchaus als Aufgabe der „Schulgesundheitsfachkraft“. Auch meint jede*r Zweite von ihnen, dass sie Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützen, Hygieneartikel ausgeben sollte und dazu berät, wie ihr Kind gesund bleiben kann. Die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, das Angebot von Fortbildungen zu Gesundheitsthemen und die Beratung bei Gewichtsproblemen werden ähnlich häufig wie in der Grundstufe genannt. Deutlich weniger Eltern sind der Meinung, dass das Anwenden von Hausmitteln Aufgabe der „Schulgesundheitsfachkraft“ sein sollte. Auch die Beratung bei der Medikamenteneinnahme spielt eine eher nachrangige Rolle.

Schüler*innen

Wenn auch weniger oft genannt als bei den Eltern, wird die Erste Hilfe von den Schüler*innen beider Bildungsstufen mit großer Mehrheit genannt (Tab. 53). Auch die Aufgaben der Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden und der Vertrauensperson werden von beiden Schüler*innen-Gruppen am häufigsten genannt. Aber es ergeben sich auch hier deutlich altersspezifische Unterschiede.

Schüler*innen der Grundstufe sehen es, in absteigender Reihenfolge nach Häufigkeit, als Aufgabe der „Schulgesundheitsfachkraft“, dass sie dazu berät, wie sie gesund bleiben können, dass sie Hausmittel anwendet und Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt. Etwa ein Drittel und weniger von ihnen zählt das Herausgeben von Hygieneartikeln, die Beratung bei der Medikamenteneinnahme, die Fortbildung zu Gesundheitsthemen, Beratung bei Sucht oder Gewichtsproblemen oder die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zu den Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“.

Wie auch bei ihren Eltern, ist die Beratung bei Sucht unter den Schüler*innen der Sekundarstufe I eine der am häufigsten genannten Aufgaben. Etwa ein Drittel und weniger gaben an, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ dazu beraten sollte, wie sie gesund bleiben können, Hygieneartikel ausgibt und Hausmittel anwendet, bei der Medikamenteneinnahme und bei Gewichtsproblemen berät. Die wenigsten Schüler*innen gaben an, dass sie Fortbildung zu Gesundheitsthemen anbieten und mit dem örtlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zusammenarbeiten sollte.

Tab. 53: Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg (Schüler*innen ab 11 Jahren; *N*=1.079; alle Eltern; *N*=1.947)

	Eltern				Schüler*innen			
	Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ansprechperson bei körp. und psych. Beschwerden	1.026	76	333	75	195	55	383	66
Erste Hilfe	1.275	95	416	94	310	88	488	84
Vertrauensperson	812	60	280	63	197	56	286	49
Zusammenarbeit KJGD	609	45	182	41	86	24	85	15
Anwendung von Hausmitteln	669	50	174	39	153	43	200	35
Ausgeben von Hygieneartikeln	629	47	212	48	131	37	217	38
Beratung bei Gewichtsproblemen	486	36	177	40	90	25	141	24
Beratung bei Sucht	496	37	239	54	94	27	225	39
Beratung bei Medikamenteneinnahme	394	29	150	34	128	36	182	31
Unterstützung von SuS mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung	768	57	219	49	149	42	231	40
Fortbildung zu Gesundheitsthemen	639	47	184	41	108	31	123	21
Beratung dazu, wie man gesund bleiben kann	734	55	214	48	177	50	222	38
andere Aufgaben	32	2	10	2	9	3	7	1

Anmerkungen. *N* = Fallzahl. % = prozentualer Anteil aller Teilnehmenden. KJGD = Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. SuS = Schülerinnen und Schüler

Lehrpersonal

Auch von den Lehrer*innen in allen unterrichteten Bildungsstufen wird gegenüber der „Schulgesundheitsfachkraft“ erwartet, dass sie die Erste Hilfe als eine ihrer Aufgaben übernimmt (Tab. 54). Eine große Mehrheit der Lehrkräfte erhofft sich auch durch ihre Arbeit von fachfremden, gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet zu werden. Wie in Kapitel VII.2.4.1 dargestellt wird, ist jede*r Fünfte von ihnen zu Implementationsbeginn wöchentlich mit solchen Anforderungen konfrontiert. Auch die Betreuung chronisch erkrankter Schüler*innen gehört der Meinung der meisten nach zu den Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“.

Unter den Lehrkräften, die nur in der Grundstufe unterrichten, wird häufiger als von den anderen Lehrenden erwartet, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ zwischen ihnen und den Eltern moderiert und vermittelt und Schüler*innen mit Behinderungen begleitet.

Sehr deutlich wird, dass von etwa jeder zweiten Lehrperson aller unterrichteter Bildungsstufen gewünscht wird, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Fortbildungen oder Schulungen zu chronischen Erkrankungen anbietet. Dies wird insbesondere auch unter Berücksichtigung der Befunde zur Sicherheit der Lehrer*innen im Umgang mit Schüler*innen mit bestimmten Erkrankungen oder in Akutsituationen aus **Kapitel VII.2.4.2** deutlich.

Tab. 54: Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach unterrichteter Bildungsstufe in Brandenburg (Lehrpersonal; N=201)

	Grundstufe (bis Klasse 6)		Grundstufe und Sekundarstufe I		Sekundar- stufe I		Sekundarstufe II	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erste Hilfe	77	98	79	98	15	94	16	100
Entlastung des Lehrpersonals von fachfremden, gesundheitsbezogenen Tätigkeiten	73	92	76	94	14	88	14	88
Betreuung chronisch kranker Schülerinnen und Schüler	67	85	69	85	13	81	15	94
Moderation/ Vermittlung bzgl. Gesundheitsthemen zw. Lehrpersonal und Eltern	62	79	53	65	7	44	8	50
Fortbildung/ Schulung zu chronischen Erkrankungen	56	71	44	54	11	69	10	63
Begleitung von Schülerinnen und Schülern mit Behinderung	49	62	36	44	7	44	9	56
sonstiges	14	18	4	5	1	6	0	0

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil aller Teilnehmenden.

Schulleiter*innen

Dass die Erste Hilfe nach Ansicht aller Zielgruppen eine der wichtigsten Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“ sein sollte, wird zuletzt auch durch die Angaben der Schulleiter*innen bestätigt (Tab. 55). Ebenfalls, dass diese Ansprechperson für Schüler*innen bei körperlichen und psychischen Beschwerden sein sollte. Die Mehrheit aller Schulleiter*innen wünscht sich darüber hinaus, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt und als Vertrauensperson fungiert. Deutlich mehr Schulleiter*innen der Grundstufe 1 als Schulleiter*innen der Grund- und Sekundarstufe ist die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ein wichtiges Anliegen, wie auch die Beratung zu Gesundheitsthemen. Eine Mehrheit beider Gruppen erwartet, dass sie „Schulgesundheitsfachkraft“ bei Gewichtsproblemen berät, Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält und bei der Einnahme von Medikamenten unterstützt. Es zeichnet sich ebenfalls ab, dass die Beratung zu Suchtthemen aus Sicht der Schulleiter*innen in den höheren Bildungsstufen an Bedeutung gewinnt.

Die Schulleiter*innen, an deren Schulen ausschließlich in der Sekundarstufe I oder II unterrichtet wird, sind sich beide darüber im Klaren, dass das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule voll ausgeschöpft werden sollte.

Auf die Frage welche dieser Aufgaben von den Schulgesundheitsfachkräften am dringendsten wahrgenommen werden sollte, antworteten 9 von 18 Schulleiter*innen mit „Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden“ sowie 3 von 18 mit „Erste Hilfe“.

Tab. 55: Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach Bildungsstufe der Schule in Brandenburg (Schulleiter*innen; N=18)

	Grundstufe (bis Klasse 6) (n=10) Anzahl	Grundstufe und Sekundarstufe I (n=6) Anzahl	Sekundarstufe I (n=1) Anzahl	Sekundarstufe II (n=1) Anzahl
Ansprechperson bei körp. und psych. Beschwerden	10	6	1	1
Erste Hilfe	10	6	1	1
Unterstützung von SuS mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung	10	5	1	1
Vertrauensperson	9	5	1	1
Zusammenarbeit KJGD	9	2	1	1
Beratung dazu, wie man gesund bleiben kann	8	3	1	1
Beratung bei Gewichtsproblemen	7	4	1	1
Fortbildung zu Gesundheitsthemen	7	5	1	1
Beratung bei Medikamenteneinnahme	6	4	1	1
Anwendung von Hausmitteln	5	2	1	1
Ausgeben von Hygieneartikeln	5	3	1	1
Beratung bei Sucht	5	5	1	1
andere Aufgaben	1	0	0	0

Anmerkungen. N = Fallzahl. n = Stichprobe (teilnehmend). SuS = Schülerinnen und Schüler. KJGD = Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

Die Schulleiter*innen wurden ebenfalls gefragt, welche Veränderungen Sie durch die Einführung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ erwarten. Ähnlich der Antworten der Lehrer*innen erwartet fast jede*r von ihnen, dass das Lehrpersonal von fachfremden gesundheitsbezogenen Tätigkeiten entlastet wird und darüber hinaus die gesundheitliche Versorgung aller Schüler*innen, insbesondere derer mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, sichergestellt ist (Tab. 56).

Eine Mehrheit erwartet ebenfalls Veränderungen durch die Ausweitung des schulischen Angebotes gesundheitsförderlicher und primärpräventiver Projekte und die Etablierung weiterer Versorgungsangebote, wie z.B. Gesundheitsberatung. Etwas Mehr als die Hälfte erwartet eine

Veränderung des schulischen Angebotes von sekundärpräventiven Maßnahmen (z.B. Früherkennung von Traumata, Entwicklungsstörungen, Gesundheitsrisiken, etc.).

Jede*r zweite Schulleiter*in rechnet damit, dass sich die Kooperation zwischen Lehrpersonal und Eltern von Schüler*innen mit chronischer Erkrankung, mit Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf verbessert und interdisziplinäre außerschulische Kooperationen ausgeweitet werden.

Deutlich weniger erwarten eine Reduktion der Fehlzeiten der Schüler*innen oder aber auch der Lehrer*innen im Unterricht. Eine Minderheit geht davon aus, dass sich die Kommunikation der Schüler*innen untereinander oder zwischen den Schüler*innen und dem Lehrpersonal verbessert.

Unter allen Auswahlmöglichkeiten messen jeweils 3 von 18 Schulleiter*innen der „Entlastung der Lehrkräfte von fachfremden gesundheitsbezogenen Tätigkeiten“ und der „Sicherstellung der gesundheitlichen Akutversorgung von Schüler*innen“ die größte Bedeutung bei.

Tab. 56: Erwartete Veränderungen durch die Einführung der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg (Schulleiter*innen; N=18)

Erwartete Veränderungen durch die Einführung der „Schulgesundheitsfachkraft“	Anzahl
Entlastung der Lehrkräfte von fachfremden gesundheitsbezogenen Tätigkeiten	18
Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von chronisch kranken SuS, SuS mit Behinderung	18
Sicherstellung der gesundheitlichen Akutversorgung von SuS	17
Ausweitung des schulischen Angebots gesundheitsförderlicher Projekte (z.B. gesunde Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit, sexuelle Gesundheit, etc.)	15
Etablierung neuer Versorgungsangebote (z.B. Gesundheitsberatung)	15
Ausweitung des schulischen Angebots primärpräventiver Projekte (z.B. zu rauchen, Mobbing, Alkoholkonsum, Erkältungsschutz, etc.)	14
schulisches Angebot von sekundärpräventiven Maßnahmen (z.B. Früherkennung von Traumata, Entwicklungsstörungen, Gesundheitsrisiken, etc.)	11
Verbesserung der Kooperation zwischen Lehrpersonal und Eltern chronisch kranker Kinder, Kinder mit Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf	9
Ausweitung der interdisziplinären außerschulischen Kooperationen	9
Reduktion der Fehlzeiten im Unterricht von Schülerinnen und Schülern	8
Reduktion der Fehlzeiten im Unterricht vom Lehrpersonal	5
Veränderung der räumlichen Gestaltung	4
Verbesserung der Kommunikation der Schüler*innen untereinander	3
Verbesserung der Kommunikation zwischen Schüler*innen und Lehrpersonal	3
sonstiges	3

Anmerkungen. SuS = Schülerinnen und Schüler

4.2 Subjektive Informiertheit der Eltern über Aspekte der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“

Die Eltern aller Schüler*innen wurden darum gebeten, anzugeben, wie gut sie sich über verschiedene Aspekte der Beschäftigung der „Schulgesundheitsfachkraft“ informiert fühlen. Hierbei zeigt sich, dass sich eine deutliche Mehrheit der teilnehmenden Eltern bereits sechs Wochen nach Beginn der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ ausreichend über deren Aufgabenspektrum informiert fühlt (Tab. 57). Die Eltern der Schüler*innen in der Grundstufe fühlten sich hierbei zu Implementationsbeginn häufiger ausreichend informiert als die Eltern der

Schüler*innen im Bereich der Sekundarstufe I. Unter Umständen müssten hier zukünftig Strategien gefunden werden, wie auch die Eltern der älteren Schüler*innen besser erreicht werden können.

Tab. 57: Subjektive Informiertheit der Eltern über das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg (N=1.947)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	1.162	66	907	68	255	59
eher nein bis nein	601	34	425	32	176	41
n (teilnehmend)	1.763		1.332		431	
n (fehlend)	184					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Ein Großteil der Sorgeberechtigten gibt ebenfalls an, ausreichend über die Befugnisse der „Schulgesundheitsfachkraft“ informiert zu sein. Auch hier fühlen sich die Eltern der Grundschüler*innen etwas besser informiert als die Eltern der Schüler*innen aus der Sekundarstufe I (Tab. 58).

Tab. 58: Subjektive Informiertheit der Eltern über die Befugnisse der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg (N=1.947)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	1.026	58	792	60	234	54
eher nein bis nein	730	42	531	40	199	46
n (teilnehmend)	1.756		1.323		433	
n (fehlend)	191					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Nur noch jede*r zweite Sorgeberechtigte gibt an, sich ausreichend darüber informiert zu fühlen, wie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreicht werden kann. Unter den Sorgeberechtigten der Sekundarstufe I sind es sogar noch weniger (Tab. 59).

Tab. 59: Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wie sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können in Brandenburg (N=1.947)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	891	51	705	53	186	43
eher nein bis nein	862	49	616	47	246	57
n (teilnehmend)	1.753		1.321		432	
n (fehlend)	194					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des Empfindens gegenüber der Informiertheit, wann die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreicht werden kann. Fühlt sich unter den Sorgeberechtigten

der Grundstufenschüler*innen jede*r Zweite gut informiert, ist es unter den Sorgeberechtigten der Schüler*innen der Sekundarstufe I nur noch jede*r Dritte (**Tab. 60**).

Tab. 60: Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wann sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Brandenburg (N=1.947)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	791	45	631	48	160	37
eher nein bis nein	971	55	698	53	273	63
n (teilnehmend)	1.762		1.329		433	
n (fehlend)	185					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Ähnlich verhält es sich mit dem Empfinden, ob sie sich ausreichend darüber informiert fühlen, wo die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreicht werden kann, auch wenn sich hier sowohl die Eltern von Schüler*innen der Grundstufe als auch der Sekundarstufe insgesamt etwas weniger häufig ausreichend informiert fühlen (**Tab. 61**).

Tab. 61: Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wo sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Brandenburg (N=1.947)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	743	42	609	46	134	31
eher nein bis nein	1.017	58	719	54	298	69
n (teilnehmend)	1.760		1.328		432	
n (fehlend)	187					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Jedes zweite befragte Elternteil fühlt sich ausreichend darüber informiert, wie ihr Kind von der Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ profitieren kann (**Tab. 62**).

Tab. 62: Subjektive Informiertheit der Eltern, wie die Gesundheit des Kindes von dem Angebot profitieren kann, in Brandenburg (N=1.947)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	942	54	734	56	208	49
eher nein bis nein	807	46	586	44	221	52
n (teilnehmend)	1.749		1.320		429	
n (fehlend)	198					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Jedoch fühlt sich die Mehrheit von ihnen, insbesondere die Eltern der Sekundarschüler*innen, nicht ausreichend darüber informiert, wie sie selbst von der Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ profitieren können (**Tab. 63**).

Tab. 63: Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, welche Vorteile die Eltern von dem Angebot haben, in Brandenburg (N=1.947)

	Gesamt		Grundstufe (bis Klasse 6)		Sekundarstufe I	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	780	45	612	46	168	39
eher nein bis nein	971	56	709	54	262	61
n (teilnehmend)	1.751		1.321		430	
n (fehlend)	196					

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

5. Die Perspektive der Zielgruppen auf das neue Versorgungsangebot in Hessen

5.1 Erwartungen an die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“

Die Schüler*innen ab 11 Jahren und ihre Sorgeberechtigten wurden gefragt, welche auf die Schüler*innen bezogenen Aufgaben die „Schulgesundheitsfachkraft“ ihrer Meinung nach haben sollte.

Eltern

Es zeigt sich deutlich, dass die meisten Eltern der Schüler*innen beider Bildungsstufen die „Erste Hilfe“ als eine der wichtigsten Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“ sehen. Dabei kann an dieser Stelle nicht näher erörtert werden, ob es hierbei um das Leisten der Ersten Hilfe oder die Vermittlung relevanter Informationen geht (Tab. 64). Mehr als zwei Drittel unter Ihnen erwarten von der „Schulgesundheitsfachkraft“, dass sie den Schüler*innen Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden ist, etwa die Hälfte ist der Ansicht, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ auch Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützen sollte. Die Rolle der „Schulgesundheitsfachkraft“ als Vertrauensperson der Schüler*innen wird nach Angaben der Eltern in den höheren Bildungsstufen etwas geringer eingeschätzt, sowie auch der Wunsch danach, dass sie mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zusammenarbeitet.

In allen Bildungsstufen, vor allem aber in den höheren, legen etwa die Hälfte der Eltern Wert darauf, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Hygieneartikel ausgibt. Auch steigt unter den Eltern der Schüler*innen der höheren Bildungsstufen der Wunsch danach, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Fortbildungen zu Gesundheitsthemen gibt und Hausmittel anwendet. Unabhängig jedoch der Bildungsstufe, erwartet jedes zweite Elternteil, dass die sie in der Schule dazu berät, wie man gesund bleiben kann. Mehr als zwei Drittel aller Eltern wünscht sich ebenfalls eine Beratung bei Sucht.

Tab. 64: Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (Elternauskunft; *N*=2.285)

	Eltern					
	Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I (ab Klasse 5)		Sekundarstufe II	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ansprechperson bei körp. und psych. Beschwerden	119	71	969	67	101	74
Erste Hilfe	143	86	1.251	87	122	90
Vertrauensperson	80	48	723	50	57	42
Zusammenarbeit KJGD	57	34	470	33	37	27
Anwendung von Hausmitteln	64	38	601	42	60	44
Ausgeben von Hygieneartikeln	72	43	677	47	76	56
Beratung bei Gewichtsproblemen	61	37	478	33	52	38
Beratung bei Sucht	62	37	481	33	54	40
Beratung bei Medikamenteneinnahme	43	26	360	25	36	27
Unterstützung von SuS mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung	103	62	704	49	73	54
Fortbildung zu Gesundheitsthemen	70	42	581	40	67	50
Beratung dazu, wie man gesund bleiben kann	89	53	703	49	69	51
andere Aufgaben	6	4	42	3	4	3

Anmerkungen. *N* = Fallzahl. % = prozentualer Anteil aller Teilnehmenden. KJGD = Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. SuS = Schülerinnen und Schüler

Schüler*innen

Auch die Mehrheit der Schüler*innen der Sekundarstufen I und II zählt die Erste Hilfe zu den Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“ (Tab. 65). Mehr noch als die Schüler*innen der Sekundarstufe I erwarten drei von vier Jugendlichen der Sekundarstufe II, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden der Schüler*innen ist. Etwas mehr als die Hälfte der Sekundarstufe II-Schüler*innen und etwas weniger der Schüler*innen der Sekundarstufe I sind der Ansicht, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützen sollte. Jede zweite Schüler*in der Sekundarstufe I sieht die „Schulgesundheitsfachkraft“ als Vertrauensperson und möchte, dass diese Hausmittel anwendet. Unter den Schüler*innen der Sekundarstufe II sind es deutlich weniger.

Ähnlich, wie bei Ihren Eltern steigt in den höheren Bildungsstufen der Wunsch danach, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Hygieneartikel ausgibt oder Fortbildungen zu Gesundheitsthemen durchführt. Mehr als zwei von drei Schüler*innen beider Bildungsstufen wünschen sich darüber hinaus, dass sie dazu berät, wie man gesund bleiben kann. Etwa genauso viele erwarten außerdem ein Beratungsangebot bei Sucht, unter den älteren Schüler*innen sind es erwartungsgemäß etwas mehr.

Tab. 65: Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (Schüler*innen ab 11 Jahren; N=1.697)

	Schüler*innen			
	Sekundarstufe I (ab Klasse 5)		Sekundarstufe II	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Ansprechperson bei körp. und psych. Beschwerden	795	57	166	75
Erste Hilfe	1.128	81	195	88
Vertrauensperson	682	49	87	39
Zusammenarbeit KJGD	241	17	29	13
Anwendung von Hausmitteln	684	49	93	42
Ausgeben von Hygieneartikeln	692	49	127	58
Beratung bei Gewichtsproblemen	321	23	55	25
Beratung bei Sucht	449	32	81	37
Beratung bei Medikamenteneinnahme	488	35	76	34
Unterstützung von SuS mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung	591	42	124	56
Fortbildung zu Gesundheitsthemen	353	25	72	33
Beratung dazu, wie man gesund bleiben kann	576	41	90	41
andere Aufgaben	38	3	9	4

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil aller Teilnehmenden. KJGD = Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. SuS = Schülerinnen und Schüler

Lehrpersonal

Annähernd jede Lehrerin* jeder Lehrer erwartet, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Aufgaben der Ersten Hilfe übernimmt (Tab. 66).

Sehr deutlich wird, dass sich von mehr als zwei Drittel der Lehrenden, vor allem aber in der Sekundarstufe I, gewünscht wird, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Fortbildungen oder Schulungen zu chronischen Erkrankungen anbietet. Dies wird insbesondere auch unter Berücksichtigung der Befunde zur Sicherheit der Lehrer*innen im Umgang mit Schüler*innen mit bestimmten Erkrankungen oder in Akutsituationen aus Kapitel VII.1.4.2 deutlich. Eine große Mehrheit der Lehrkräfte erhofft sich auch durch ihre Arbeit von fachfremden, gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet zu werden. Wie in Kapitel VII.1.4.1 dargestellt wird, sind 13 Prozent von ihnen zu Implementationsbeginn wöchentlich mit solchen Anforderungen konfrontiert. Auch die Betreuung chronisch erkrankter Schüler*innen gehört der Meinung der meisten nach zu deren Aufgaben.

In den höheren Bildungsstufen steigt die Bedeutung der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach Ansicht der Lehrenden für die Moderation und Vermittlung bezüglich Gesundheitsthemen zwischen Lehrpersonal und Eltern. Sehr deutlich wird, dass sich von mehr als zwei Drittel der Lehrenden, vor allem aber in der Sekundarstufe I, gewünscht wird, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Fortbildungen oder Schulungen zu chronischen Erkrankungen anbietet. Dies wird insbesondere auch unter Berücksichtigung der Befunde zur Sicherheit der Lehrer*innen im Umgang mit Schüler*innen mit bestimmten Erkrankungen oder in Akutsituationen aus Kapitel VII.1.4.2 deutlich.

Tab. 66: Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach an der Schule unterrichteter Bildungsstufe in Hessen (Lehrpersonal N=219)

	Grundstufe und Sekundarstufe I		Sekundarstufe I		Sekundarstufe I und II	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erste Hilfe	55	98	37	100	121	98
Entlastung des Lehrpersonals von fachfremden, gesundheitsbezogenen Tätigkeiten	45	80	33	89	107	86
Betreuung chronisch kranker SuS	46	82	32	87	111	90
Moderation/ Vermittlung bzgl. Gesundheitsthemen zw. Lehrpersonal und Eltern	39	70	27	73	98	79
Fortbildung/ Schulung zu chronischen Erkrankungen	38	68	29	78	85	69
Begleitung von SuS mit Behinderung	20	36	16	43	50	40
sonstiges	8	14	3	8	14	11

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil aller Teilnehmenden. SuS = Schülerinnen und Schüler

Schulleiter*innen

Dass die Erste Hilfe nach Ansicht aller Zielgruppen zu einer der Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“ gehören sollte, wird auch durch die Angaben aller Schulleiter*innen bestätigt (Tab. 67). Ebenfalls, dass diese Ansprechperson für Schüler*innen bei körperlichen und psychischen Beschwerden sein und bei Sucht beraten sollte. Die Mehrheit aller Schulleiter*innen wünscht sich darüber hinaus, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt und als Vertrauensperson fungiert. Deutlich mehr Schulleiter*innen der Grundstufe als Schulleiter*innen der Sekundarstufen I und II ist die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ein wichtiges Anliegen. Auch der Wunsch nach der Anwendung von Hausmitteln und der Fortbildung zu Gesundheitsthemen nimmt unter den Schulleiter*innen der höheren Bildungsstufen ab.

Auf die Frage, welche dieser Aufgaben von den Schulgesundheitsfachkräften am dringendsten wahrgenommen werden sollte, antworteten 9 von 10 Schulleiter*innen mit „Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden“. Eine Schulleitung machte keine Angabe hierzu.

Tab. 67: Erwartungen an das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach Bildungsstufe der Schule in Hessen (Schulleiter*innen; N=10)

	Grundstufe und Sekundarstufe I (n=3) Anzahl	Sekundarstufe I (n=3) Anzahl	Sekundarstufen I und II (n=4) Anzahl
Ansprechperson bei körp. und psych. Beschwerden	3	3	4
Erste Hilfe	3	3	4
Unterstützung von SuS mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung	3	2	4
Vertrauensperson	2	3	3
Zusammenarbeit KJGD	3	2	1
Beratung dazu, wie man gesund bleiben kann	2	3	2
Beratung bei Gewichtsproblemen	2	3	3
Fortbildung zu Gesundheitsthemen	3	2	1
Beratung bei Medikamenteneinnahme	2	2	3
Anwendung von Hausmitteln	2	1	1
Ausgeben von Hygieneartikeln	2	1	2
Beratung bei Sucht	3	3	4
andere Aufgaben	3	3	4

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil aller Teilnehmenden. KJGD = Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. SuS = Schülerinnen und Schüler

Die Schulleiter*innen wurden ebenfalls gefragt, welche Veränderungen sie durch die Einführung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ erwarten (Tab. 68). Alle 10 Schulleiter*innen erwarten, dass durch ihre Tätigkeit die gesundheitliche Versorgung der Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sichergestellt ist und sich die Kooperation zwischen deren Eltern und dem Lehrpersonal verbessert (9 Nennungen). 9 von ihnen erwarten darüber hinaus, dass auch die gesundheitliche Akutversorgung aller Schüler*innen sichergestellt ist. Interessanter Weise sind alle Schulleiter*innen davon überzeugt, dass sich durch die Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ zwar die Kommunikation zwischen Schüler*innen und dem Lehrpersonal (10) verbessere, nicht jedoch die Kommunikation der Schüler*innen untereinander (1 Nennung).

Ähnlich der Antworten der Lehrer*innen erwartet fast jede*r von ihnen (9 Nennungen), dass das Lehrpersonal von fachfremden gesundheitsbezogenen Tätigkeiten entlastet wird. Eine Mehrheit erwartet ebenfalls Veränderungen durch die Ausweitung des schulischen Angebotes gesundheitsförderlicher (8 Nennungen) und primärpräventiver Projekte (7 Nennungen) und die Etablierung weiterer Versorgungsangebote, wie z.B. Gesundheitsberatung (7 Nennungen).

7 von 10 Schulleiter*innen glauben, dass sich auch die Fehlzeiten der Schüler*innen verringern, nicht jedoch der des Lehrpersonals (2 Nennungen). Deutlich seltener wird davon ausgegangen, dass interdisziplinäre außerschulische Kooperationen ausgeweitet werden (4 Nennungen) oder sich das schulische Angebot von sekundärpräventiven Maßnahmen verändert (3 Nennungen). Der Veränderung der räumlichen Gestaltung wird ebenfalls weniger Bedeutung beigemessen (1 Nennung).

Tab. 68: Erwartete Veränderungen durch die Einführung der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (Schulleiter*innen; N=10)

Erwartete Veränderungen durch die Einführung der „Schulgesundheitsfachkraft“	Anzahl
Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von chronisch kranken SuS, SuS mit Behinderung	10
Verbesserung der Kommunikation zwischen Schüler*innen und Lehrpersonal	10
Entlastung der Lehrkräfte von fachfremden gesundheitsbezogenen Tätigkeiten	9
Sicherstellung der gesundheitlichen Akutversorgung von SuS	9
Verbesserung der Kooperation zwischen Lehrpersonal und Eltern chronisch kranker Kinder, Kinder mit Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf	9
Ausweitung des schulischen Angebots gesundheitsförderlicher Projekte (z.B. gesunde Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit, sexuelle Gesundheit, etc.)	8
Etablierung neuer Versorgungsangebote (z.B. Gesundheitsberatung)	7
Ausweitung des schulischen Angebots primärpräventiver Projekte (z.B. zu rauchen, Mobbing, Alkoholkonsum, Erkältungsschutz, etc.)	7
Reduktion der Fehlzeiten im Unterricht von Schülerinnen und Schülern	7
Ausweitung der interdisziplinären außerschulischen Kooperationen	4
schulisches Angebot von sekundärpräventiven Maßnahmen (z.B. Früherkennung von Traumata, Entwicklungsstörungen, Gesundheitsrisiken, etc.)	3
Reduktion der Fehlzeiten im Unterricht vom Lehrpersonal	2
sonstiges	2
Veränderung der räumlichen Gestaltung	1
Verbesserung der Kommunikation der Schüler*innen untereinander	1

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil aller Teilnehmenden. SuS = Schülerinnen und Schüler

5.2 Subjektive Informiertheit der Eltern über Aspekte der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“

Die Eltern aller Schüler*innen wurden darum gebeten, anzugeben, wie gut sie sich über verschiedene Aspekte der Beschäftigung der „Schulgesundheitsfachkraft“ informiert fühlen. Hierbei zeigt sich, dass sich eine deutliche Mehrheit der teilnehmenden Eltern bereits wenige Wochen nach Beginn der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ ausreichend über deren Aufgabenspektrum informiert fühlt (Tab. 69). Sichtbar wird auch, dass sich die Eltern von Grundschüler*innen deutlich besser informiert fühlen, als die Eltern der Schüler aus den höheren Bildungsstufen. Das kann nicht zuletzt daran liegen, dass Informationen der Schule von jüngeren Schüler*innen zuverlässiger an die Eltern weitergegeben werden und sich ältere Schüler*innen nach und nach der Kontrolle ihrer Eltern entziehen. Hier müssten gegebenenfalls weitere Wege gefunden werden, um die Erreichbarkeit der Eltern in den höheren Bildungsstufen zu erhöhen.

Tab. 69: Subjektive Informiertheit der Eltern über das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (N=2.285)

	Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	120	80	945	72	81	64	1.146	72
eher nein bis nein	30	20	364	28	45	36	439	28
n (teilnehmend)	150	100	1.309	100	126	100	1.585	100
n (fehlend)							700	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Ein Großteil der Sorgeberechtigten gibt an, ausreichend über die Befugnisse der „Schulgesundheitsfachkraft“ informiert zu sein. Die Eltern der Schüler*innen der Grundstufe als auch der Sekundarstufe fühlen sich deutlich besser informiert als in der Sekundarstufe II (Tab. 70).

Tab. 70: Subjektive Informiertheit der Eltern über die Befugnisse der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (N=2.285)

	Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	103	69	847	66	73	58	1.023	65
eher nein bis nein	46	31	446	34	52	42	544	35
n (teilnehmend)	149	100	1.293	100	125	100	1.567	100
n (fehlend)							718	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Ein ähnliches Bild zeigt sich ebenfalls in Bezug auf die Art und Weise, wie die Eltern mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Kontakt treten können (Tab. 71). Wissen das mehr als zwei Drittel in der Grundstufe, sind es nur noch die Hälfte unter den Eltern der Sekundarstufe II.

Tab. 71: Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wie sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Hessen (N=2.285)

	Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	101	68	793	61	65	53	959	61
eher nein bis nein	47	32	514	39	58	47	619	39
n (teilnehmend)	148	100	1.307	100	123	100	1.578	100
n (fehlend)							707	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Nur noch etwa jedes zweite Elternteil fühlt sich ausreichend darüber informiert, wann es die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen kann (Tab. 72).

Tab. 72: Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wann sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Hessen (N=2.285)

	Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	82	55	709	55	58	47	849	54
eher nein bis nein	66	45	591	46	65	53	722	46
n (teilnehmend)	148	100	1.300	100	123	100	1.571	100
n (fehlend)							714	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Etwas mehr unter ihnen weiß zumindest, wo die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichbar ist (Tab. 73).

Tab. 73: Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, wo sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können, in Hessen (N=2.285)

	Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	96	65	762	59	68	55	926	59
eher nein bis nein	52	35	538	41	56	45	646	41
n (teilnehmend)	148	100	1.300	100	124	100	1.572	100
n (fehlend)							713	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Deutlich wird jedoch, dass sich ein Großteil der Eltern ausreichend darüber informiert fühlt, wie die Gesundheit ihres Kindes von der Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ profitieren kann (Tab. 74). Dabei sind es unter den Eltern der Sekundarstufe II-Schüler*innen allerdings deutlich weniger als unter den Eltern der Grundschüler*innen.

Tab. 74: Subjektive Informiertheit der Eltern, wie die Gesundheit des Kindes von dem Angebot profitieren kann, in Hessen (N=2.285)

	Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	155	79	886	68	74	61	1.075	69
eher nein bis nein	31	21	414	32	48	39	493	31
n (teilnehmend)	146	100	1.300	100	122	100	1.568	100
n (fehlend)							717	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

Den meisten Eltern insgesamt, besonders aber in der Grund- und Sekundarstufe I scheint klar zu sein, welche Vorteile sie selbst von diesem neuen Versorgungsangebot haben könnten (Tab. 75). Denkbar ist hier, dass die Eltern der jüngeren Schüler*innen deutlich häufiger durch Erkrankungen und Unfälle ihres Kindes von der Schule kontaktiert werden müssen, als die Eltern der älteren Schüler*innen, die entwicklungsbedingt bereits stärker ausgeprägte Selbstmanagementfähigkeiten haben.

Tab. 75: Subjektive Informiertheit der Eltern darüber, welche Vorteile die Eltern von dem Angebot haben, in Hessen (N=2.285)

	Grundstufe (bis Klasse 4)		Sekundarstufe I		Sekundarstufe II		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
eher ja bis ja	106	71	792	61	69	55	967	62
eher nein bis nein	43	29	505	39	57	45	605	39
n (teilnehmend)	149	100	1.297	100	126	100	1.572	100
n (fehlend)							713	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe n (teilnehmend).

6. Die Perspektive der „Schulgesundheitsfachkräfte“

Nicht nur Eltern, Schüler*innen und das Lehrpersonal wurden zu Beginn der Implementierung der Schulgesundheitspflege befragt, sondern auch die „Schulgesundheitsfachkräfte“ selbst. Im Evaluationskonzept der wissenschaftlichen Begleitforschung sind drei partizipativ angelegte Workshops mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ vorgesehen, mit denen mehrere Ziele verfolgt werden:

- Eingrenzung von konkreten Interventionen (Voraussetzungen, Art und Umfang)
- Erfassung des Standardisierungsgrades der Interventionen
- Herausarbeitung förderlicher und hemmender Bedingungen
- Diskussion des professionellen Selbstverständnisses

Im Folgenden werden die gewonnenen Erkenntnisse des ersten, in beiden Bundesländern durchgeführte Workshops beschrieben, der eine Diskussion zu förderlichen und hemmenden Faktoren in der Startphase hatte. Die noch durchzuführenden Workshops und deren Ergebnisse werden im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung dokumentiert.

Das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung initiierte das Treffen und nahm zur Terminfindung Kontakt mit der Ausbildungsstelle der „Schulgesundheitsfachkräfte“ auf. Ein Programm wurde entworfen und die Ethischen Leitsätze Partizipativer Sozialforschung vorbereitet (ICPHR 2013). Der Workshop fand dann mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ Brandenburgs am 04.04.2017 in den Räumlichkeiten der AWO Fachschule für Sozialwesen in Potsdam statt. Nach einer kurzen Einführung wurden die „Schulgesundheitsfachkräfte“ mit einem Impuls aufgefordert, über die Startphase ihrer Arbeit zu berichten. Das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung schrieb die genannten Themen auf Moderationskarten. Gemeinsam wurden vier Oberpunkte zur Diskussion gefunden: „Lehrerinnen und Lehrer“, „Schülerinnen und Schüler“, „Struktur/ Erwartungen“ und „Eigenes Wohlbefinden“. In der Pause ordnete das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung die Moderationskarten den Oberpunkten auf Flipcharts zu und unterteilte in die Rubriken „förderlich“ und „hemmend“. Im Plenum wurden einzelne Aspekte diskutiert und ergänzt. Über diese Sitzung wurde vom Team der wissenschaftlichen Begleitforschung ein Protokoll angefertigt und Diskussionspunkte für die Projektträger zusammengestellt. Das Dokument wurde zuerst den „Schulgesundheitsfachkräften“ zur Überarbeitung zugemalt und nach deren Einwilligung dann den Projektträgern. Die Diskussionspunkte wurden in Telefonaten mit den Projektträgern geklärt.

Der Workshop mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ in Hessen fand am 26.09.2017 ebenfalls in den Räumen des Projektträgers HAGE gleich im Anschluss an die Auftaktveranstaltung des Projekts statt. Der Ablauf entsprach der Veranstaltung in Brandenburg. Auch in diesem Fall wurden die Ergebnisse auf Moderationskarten gesichert, vom Team der wissenschaftlichen Begleitforschung tabellarisch aufbereitet und mit den Daten aus Brandenburg zusammengeführt (siehe Tab. 76 bis Tab. 79). Auf eine nach Bundesländern getrennte Darstellung wird hier verzichtet, da grundsätzlich denkbaren Schwierigkeiten bzw. Gelingensfaktoren in der Startphase

abstrahiert werden sollen und nicht die Bewertung der einzelnen Schulen bzw. der „Schulgesundheitsfachkräfte“ das Ziel ist.

Die Aussagen der „Schulgesundheitsfachkräfte“ beider Bundesländer machen deutlich, wie der Modellcharakter des Projektes aus ihrer Sicht den Beziehungsaufbau mit dem Lehrpersonal erschwert hat. Sie sehen sich in einem Spannungsfeld: Einerseits müssen sie sich erst in der Schulumgebung einfinden, andererseits soll schon quasi ein fertiges „Berufsbild“ kommuniziert werden. Dazu besteht auch noch der Erwartungsdruck, dass die „Schulgesundheitsfachkräfte“ die Lehrer*innen entlasten sollen, am besten gleich schon zu Beginn ihrer Tätigkeit in der Schule (Tab. 76).

Tab. 76: Förderliche und hemmende Faktoren bezogen auf die Lehrerinnen und Lehrer

Lehrerinnen und Lehrer	
förderlich	hemmend
Verfügbarkeiten deutlich kommunizieren	nicht überall Verständnis für begleitende Verpflichtungen und Begrenzungen durch Modell-Charakter (Weiterbildung, Hospitationen, Einwilligungen)
Begrüßung und Willkommen durchs Kollegium	Entscheidung für das Projekt wird nicht vom ganzen Kollegium getragen; „Projektfrust“ in Schulen
aktiv auf LuL zugehen, in Lehrerkonferenzen immer wieder Berufsbild vorstellen; einheitliche Aufklärung der Lehrer	LuL sehen nicht, was die „Schulgesundheitsfachkraft“ arbeitet bzw. wissen noch zu wenig über die Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“; Gang zur „Schulgesundheitsfachkraft“ als „Vermeidung von Unterricht“; LuL wurden im Vorfeld zu wenig aufgeklärt
Hilfe und Entlastung für LuL, sind froh über zusätzliche Kraft	LuL sind gestresst/ überlastet (Überlastungsanzeige, Personalknappheit), wollen Entlastung „spüren“; Beschwerden über Schulstrukturen
Vergleich mit sozialer Arbeit an Schulen	
„jemanden ganz dicht neben sich die ersten zwei Wochen“	Unsicherheit und alleine im Berufsstand (in Klinik: Team)
	LuL wissen nichts über chronische Erkrankungen der SuS
	Schweigepflicht bremst Austausch

Anmerkungen. SuS = Schülerinnen und Schüler. LuL = Lehrerinnen und Lehrer.

Der Blick auf die Aussagen der „Schulgesundheitsfachkräfte“ über die Schüler*innen zeigt dagegen ebenfalls in beiden Bundesländern ein erfreulicheres Bild: Gleich zu Beginn war das Vertrauen der Kinder und Jugendlichen da und deren Neugier und Dankbarkeit für das neue Angebot Schulgesundheitspflege hat die „Schulgesundheitsfachkräfte“ motiviert. Deutlich wird auch, dass die Gründe, warum die Schüler*innen die „Schulgesundheitsfachkraft“ aufsuchen, sehr unterschiedlich sind und die „Schulgesundheitsfachkräfte“ sich vor der Herausforderung sehen, die diversen Bedürfnisse „zu kanalisieren“ (Tab. 77).

Tab. 77: Förderliche und hemmende Faktoren bezogen auf die Schülerinnen und Schüler

Schülerinnen und Schüler (SuS)		
förderlich		hemmend
SuS freuen sich immer, auch wenn man nie weiß was einen an der Schule erwartet	Grundschüler kommen mit „Bagatelle“, Jugendliche eher spät	Beschwerden der SuS über Schulstrukturen
Kinder/ Jugendliche kommen offen auf einen zu, haben schnell Vertrauen	Brücke zwischen Bildung und Gesundheit	SuS sind verunsichert, ob sie zur „Schulgesundheitsfachkraft“ kommen dürfen, wenn

Schülerinnen und Schüler (SuS)		
förderlich		hemmend
		keine Elterneinwilligung vorliegt
„große Bedürftigkeit der SuS“	SuS bringt immer gleich andere mit	Flut an Bedürfnissen: Wie steuern? Wie kanalisieren?
Grundschüler sind dankbar/ neu-gierig	Manche SuS wollen nicht in den Unterricht gehen und kommen zur „Schulgesundheitsfachkraft“	Es gibt viele AGs für SuS in Schule, hoher Leistungsdruck
viele Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten: „können in einem neuen Licht beleuchtet werden“		Sprachbarrieren der SuS mit Migrationshintergrund

Anmerkungen. SuS = Schülerinnen und Schüler

In der folgenden Rubrik „Erwartungen/ Strukturen“ wird schnell ersichtlich, dass hier zu Projektstart nach den Aussagen der „Schulgesundheitsfachkräfte“ die meisten Schwierigkeiten angesiedelt waren. Wie oben bei den „Lehrerinnen und Lehrern“ schon erwähnt, führen die Rahmenbedingungen des Modellprojektes zu Enttäuschungen hinsichtlich der Präsenz in den Schulen, zu rechtlichen Unsicherheiten und zu Verärgerungen über den Mehraufwand z.B. durch die Evaluation. Besonders kritisch ist aus wissenschaftlicher Sicht, dass eine Überforderung bezüglich der Erwartungen an die „Schulgesundheitsfachkräfte“ zu spüren war. Dies gibt wenig Raum, das neue Berufsbild selbst zu gestalten. Inwieweit sich dies im weiteren Projektverlauf ändern wird, ist sorgsam zu beobachten (Tab. 78).

Tab. 78: Förderliche und hemmende Faktoren bezogen auf die Erwartungen und Strukturen

Erwartungen/ Strukturen		
förderlich		hemmend
ein Standort ist besser als mehrere Standorte		keine kontinuierliche Präsenz in der Schule (mehrere Standorte und Berufsschule); kein Mehrwert am Anfang
Curriculum „absprechen“ (oder priorisieren?)	Schulen sind auf das Curriculum fixiert; erwarten größere Projekte	Erwartungen an „Schulgesundheitsfachkräfte“ sind zu hoch („kann keine 1260 SuS vor Übergewicht retten“)
	Schlüsselbund wächst (verschiedene Zugänge, Herausforderungen); „Grenzüberschreitung“ zu pädagogischen Themen	Überforderung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ (z.B. KJGD-Aufgaben)
	„gesundheitliches Niemandsland“ (erstmal ist nichts da)	Störfaktoren zu Beginn: „Projektcharakter ist hinderlich“ (Einwilligungen, Evaluation, (zu) viel Bürokratie, zu wenig Zeit); berufliches Selbstverständnis undeutlich; Eltern verstehen Projektcharakter nicht; Gesamteinwilligung und Einwilligung zur Evaluation gehen durcheinander
		Rechtliche Unsicherheit: wer entscheidet, welches Kind mit welchen Beschwerden zur „Schulgesundheitsfachkraft“ geht? Handlungsunfähigkeit, wenn keine Einwilligung der Eltern vor-

Erwartungen/ Strukturen		
förderlich		hemmend
		liegt; Zusammenarbeit Gesundheitsamt: ungeklärter Datenschutz
		keine einheitliche Dokumentation bzw. Vorgaben passen nicht
Bedarfe an der Schule vorher ermitteln	Ausbildung fokussiert auf Grundschüler	
	Ausstattung des Behandlungszimmers	„Wenn die Schulen nichts bezahlen müssen, kümmern sie sich auch nicht“: Gefühl, 1,5 Jahre für die Schule umsonst zu arbeiten
	„fremde Arbeitskultur“	Hierarchischer Dienstweg in Schule aus Pflege in dieser Form unbekannt
		Kooperation mit Kinderärzten: einige sind mit den Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkraft“ nicht einverstanden
Ein Team mit Sozialarbeiter*innen	überlappende Tätigkeiten mit Sozialarbeiter	Konkurrenz/ ablehnende Haltung der Sozialarbeiter*innen

Anmerkungen. SuS = Schülerinnen und Schüler. KJGD = Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Auch die Aussagen der „Schulgesundheitsfachkräfte“, die dem eigenen Befinden und der neuen Berufsrolle zugeordnet wurden, machen deutlich, dass nicht nur Handlungsbedarf hinsichtlich der strukturellen Rahmenbedingungen besteht. Auch hinsichtlich des professionellen Selbstverständnisses und der Identitätsbildung der Pflegefachkräfte im Kontext Schule wird mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden müssen. Es tut sich erneut ein Spannungsfeld auf: Das Befinden der befragten „Schulgesundheitsfachkräfte“ pendelt zwischen Allein(gelassen)sein und dem Gefühl, unterstützt zu werden (Tab. 79).

Tab. 79: Förderliche und hemmende Faktoren bezogen auf das eigene Wohlbefinden und die Rolle als „Schulgesundheitsfachkraft“

Eigenes Wohlbefinden/ Rolle als „Schulgesundheitsfachkraft“		
förderlich		hemmend
Selbst entscheiden können	Job aufgegeben	Fachliche Entscheidungen müssen an der Schule alleine getroffen (einzige „Schulgesundheitsfachkraft“ an der Schule)
Peeraustausch ist wichtig		
Fortbildungen		(Fach-)Austausch zu einzelnen Fällen ist in der Schule nicht möglich („fachliches Schnackchen“)
„Das eigene Büro“ als Gestaltungsraum		Projekt ist Ressourcen intensiv (Evaluation, Projektphasen, ...): behindert Gestaltung
Identifikation mit „meiner“ Schule		
Gefühl, dass viele das Projekt unterstützen		
„Pflege kennt Provisorien“		

Eine Form der Unterstützung ist der Peeraustausch. Diesem Wunsch der „Schulgesundheitsfachkräfte“ wurde schon Rechnung getragen: Unter dem Titel „Schulgesundheitsfachkraft – ein neues Tätigkeitsfeld für die Pflege“ richtete die Evangelischen Hochschule Darmstadt am 03.11. und 04.11.2017 einen Fachtag aus. Ein inhaltlicher Austausch aller an Schulen tätigen Pflegefachkräfte wurde ermöglicht und ein eigenständiges Netzwerk gegründet. Die AWO, die HAGE und die Evangelische Hochschule Darmstadt haben dazu eine Presseinformation verfasst und erläutern das Ziel des Netzwerkes: „um die Interessen des in Deutschland noch neuen Berufsbildes gemeinsam zu vertreten“.¹⁰

7. Einordnung und Kommentar

Im Kontext der qualitätsorientierten Gesundheitsförderung wird immer wieder hervorgehoben, dass Maßnahmen dadurch gestärkt werden können, betroffenen Zielgruppen Mitwirkung zu ermöglichen, indem Gestaltungsräume und Eigenverantwortung zugebilligt werden (Dickersbach LZG NRW 2017, ICPHR und PartNet o. J.). Für die Entwicklung des neuen Berufsbildes Schulgesundheitspflege in Deutschland würde dies bedeuten, den „Schulgesundheitsfachkräften“ von Beginn an die Möglichkeit zur Mitgestaltung ihres neuen Tätigkeitsfeldes und ihrer professionellen Spezialisierung einzuräumen. Auf der Stufenleiter der Partizipation (Wright et al. 2010) standen sie zu Projektbeginn nach Einschätzung des Teams der wissenschaftlichen Begleitforschung auf der Vorstufe der Partizipation (Stufe 2 = Anhörung, Stufe 3 = Einbeziehung) und hatten kaum Mitbestimmungsmöglichkeiten (Stufe 6) oder Entscheidungsmacht (Stufe 8). Inwieweit sich die Möglichkeiten zur Partizipation im Laufe des Modellprojektes und vor allem nach Abschluss der Weiterbildung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ entwickelt, wird Teil der Diskussion im Abschlussbericht sein. Hervorzuheben gilt es an dieser Stelle, dass im Modellprojekt hinsichtlich des Berufsbildes Schulgesundheitspflege Pionierarbeit geleistet wird, da für Deutschland noch keine diesbezüglichen Standardisierungen vorliegen. Außerdem ist zu erwähnen, dass bei der Entwicklung des Curriculums Vertreter*innen des DBfK und an Privatschulen tätige Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*innen aktiv eingebunden wurden.

Rückblickend auf dieses Kapitel zeigt sich, dass sich die Rahmenbedingungen für die Einführung der Schulgesundheitspflege in den Bundesländern, aber auch in den einzelnen Schulen heterogen darstellen. So müssen sich beispielsweise in Brandenburg drei Schulen die Arbeitskraft einer „Schulgesundheitsfachkraft“ teilen oder die Schülerzahlen an manchen Schulen in Hessen liegen deutlich höher als an anderen Schulen, was eine unterschiedliche Präsenz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ zur Folge hat. Die unterschiedlichen Betreuungs- und Anstellungsschlüssel machen somit einen Vergleich der Wirksamkeit der Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ schwierig. Die teilweise entgegen den Empfehlungen viel zu hohen Betreuungsschlüssel sind nicht mit einem geringeren Bedarf der Schüler*innen in Zusammenhang zu bringen.

Auch befanden sich die „Schulgesundheitsfachkräfte“ noch in der Weiterbildung zum Zeitpunkt der Aufnahme ihrer Tätigkeit an den Schulen mit entsprechenden Abwesenheitstagen. Von Seiten der „Schulgesundheitsfachkräfte“ bestimmt die Schulform und die unterschiedliche Besetzung ihrer Kollegien die Einfindung in ihren neuen Arbeitsalltag, so gibt es beispielsweise nicht an allen Schulen Psycholog*innen oder Schulsozialarbeiter*innen, mit denen kooperiert werden könnte. Auch ist die Anzahl Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Förderbedarf unterschiedlich hoch und die Schulen sind unterschiedlich weit in ihrer Ausrichtung hin zu einer „guten gesunden Schule“. Gemeinsam ist beiden Bundesländern und allen Schulen mit den Zielgruppen Eltern, Schüler*innen und Lehrpersonal jedoch, dass die Erwartungen an die „Schulgesundheitsfachkräfte“ sehr hoch sind. Entsprechend dem Tätigkeitsprofil des Curriculums steht die gesundheitliche Versorgung der Schüler*innen an oberster Stelle, besonders die

¹⁰ AWO Presseinformation: <https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/pressemitteilungen-berichte/artikel/schulkrankenschwestern-in-deutschland-gruenden-netzwerk.html>

Erste Hilfe. Durch die eingeschränkte Präsenz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ zu Beginn des neuen Angebotes kann diese Erwartung erst einmal nur bedingt erfüllt werden. Auch die anderen Tätigkeiten, die eine stetige Anwesenheit der „Schulgesundheitsfachkraft“ erfordern, wie z.B. die regelmäßige Betreuung chronisch erkrankter Kinder müssten im weiteren Verlauf des Modellprojektes auf ihre Priorisierung hin überprüft werden.

IX Bündelung vorliegender Erkenntnisse zur Ausgangslage

Die Schulgesundheitspflege (School Health Nursing) als Element der öffentlichen Gesundheitsversorgung und als fester Bestandteil des Bildungssystems ist in vielen Ländern mit deutlichem Entwicklungsvorsprung in der Pflege nicht mehr wegzudenken. Dieses Berufsbild ist durch die Integration von unspezifischer Gesundheitsförderung, Früherkennung und Abmilderung von gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen, Erstversorgung bei Verletzungen oder akuten Beschwerden sowie der alltagsnahen Unterstützung von chronisch kranken, behinderten oder in anderer Weise eingeschränkten Schüler*innen gekennzeichnet. Es stellt eine umfassende, vorausschauende und sozial kompensierende Antwort auf eine vielschichtige gesundheitliche und soziale Problem- und Bedarfslage im heutigen Schulalltag dar. Die Hauptzielgruppe der Schulgesundheitspflege, die Kinder und Jugendlichen, sind einem ähnlichen Morbiditätswandel unterworfen wie die erwachsene Bevölkerung, welcher sich an einer Zunahme an chronischen, vielfach lebensstilbedingten Erkrankungen ablesen lässt. Ebenfalls ernst zu nehmen ist der Anstieg an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen: Sie beeinflussen nicht nur die Lernfähigkeit und Lebensqualität der Schüler*innen negativ, bei fehlender Behandlung bergen sie auch ein hohes Chronifizierungsrisiko. Im Kontext von ganztägigen Unterrichtsangeboten der Schule bzw. ganztägiger Betreuung in den angeschlossenen Betreuungseinrichtungen muss dort notwendigerweise das pädagogische oder sonstige Schul- bzw. Hortpersonal anfallende akute oder chronische Gesundheitsprobleme bewerten und über die Weiterbehandlung entscheiden, was oftmals basale Erste-Hilfe-Kenntnisse überschreitet.

Die deutsche Variante einer Schulgesundheitspflege stellt eine Adaptation internationaler Konzepte an das deutsche Bildungs- und Gesundheitssystem sowie den derzeitigen Entwicklungsstand der Pflege in Deutschland dar.

Die in den internationalen Konzepten zur Schulgesundheitspflege benannten komplexen Aufgabenfelder und anspruchsvollen Rollenfunktionen erfordern fachliche, methodische, systembezogene und soziale Kompetenzen, ein professionelles Selbstverständnis, das Selbstorganisation und Entscheidungsmacht beinhaltet, welche aus (pflege- und gesundheits-) wissenschaftlicher Sicht langfristig nur durch eine fundierte (hochschulische) Qualifikation, erreicht werden können. Zudem scheint es notwendig, die hohen und vielfältigen Erwartungen an die Rolle der Schulgesundheitspflegenden mit den verfügbaren zeitlichen und personellen Ressourcen abzugleichen, um einer Überforderung vorzubeugen.

Das Rahmenkonzept der Weltgesundheitsorganisation WHO hat in allen beschriebenen Aufgabenfeldern einen starken Fokus auf Gesundheitsförderung. Es enthält zudem eine Legitimation für institutionenübergreifende Einflussnahme auf die (Mit-) Gestaltung von regionalen oder lokalen Lebensräumen. Diese Aufgabe kann nur wahrgenommen werden, wenn die Schulgesundheitspflegenden auch über entsprechenden Kompetenzen und Befugnisse verfügen. Im hier zugrundeliegenden Weiterbildungscurriculum sind die Aufgaben der Schulgesundheitspflegenden bewusst auf die lokalen Gegebenheiten in Deutschland angepasst und entsprechend reduziert worden.

Komplexe Projektstrukturen und datenschutzrechtliche Vorgaben verzögerten den Projektverlauf in der Anfangsphase.

Das hier beschriebene Modellprojekt ist in ein komplexes Strukturgefüge eingebettet, das sich sowohl aus wissenschaftlichen Einrichtungen, Behörden sowie weiteren Akteurs- und Interessengruppen zusammensetzt. Dieser strukturelle Rahmen erweist sich sowohl hinderlich wie auch förderlich für den Projektverlauf. Als hemmend muss der kontinuierlich hohe Abstimmungs- und Konsentierungsbedarf zwischen den Beteiligten betrachtet werden. Für die Projektträger sowie für das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung ist es immer wieder herausfordernd, die heterogenen Interessen und Erwartungen miteinander in Einklang zu bringen. Die zum Teil diversen länderspezifischen rechtlichen Grundlagen führten ebenfalls zu Verzögerungen im Modellvorhaben: Die zeitliche Struktur driftete wegen der unterschiedlich langen Abklärungsbedingungen der Bundesländer auseinander. Die Einstellung der auszubildenden Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegenden in Hessen musste verschoben werden, letztlich nahmen sie fünf Monate nach den Brandenburgern ihre Weiterqualifizierung auf (zum 01.04.2017, in Brandenburg zum 01.11.2016). Für die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation bedeutet dies, dass die Organisation, Durchführung und Auswertung der quantitativen und qualitativen Erhebungen in zwei auseinanderliegenden Zeitphasen zu leisten ist und damit eines immens höheren Aufwandes bedarf. Als förderlich für das Gesamtprojekt kann die Perspektivenvielfalt und die umfassende Expertise der Akteur*innen innerhalb der komplexen Netzwerkstrukturen angesehen werden. Es zeigt sich, dass der konsensorientierte Ansatz im Modellvorhaben neue Wege beschreitet: So stimmten sich beispielsweise die Bildungs- und Gesundheitsministerien eng untereinander ab, was in ihren jeweiligen Aufgabenfeldern bisher nicht üblich war und womöglich auch nicht als notwendig angesehen wurde. Dies entspricht der von der WHO proklamierten Strategie „Health in all policies“, bei der gesundheitliche Aspekte auf allen Ebenen und Bereichen von Politik und Gesellschaft berücksichtigt werden sollen.

In der Implementierungsphase und im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung im Setting Schule waren alle Beteiligten mit hohen bürokratischen Hürden konfrontiert.

Die Notwendigkeit einer informierten schriftlichen Zustimmung der Eltern zur Teilnahme ihrer Kinder am Modellprojekt reduziert möglicherweise die Anzahl erreichter Familien durch die „Schulgesundheitsfachkraft“. Zudem gab es Kritik, dass das Datenschutzkonzept und die Einverständniserklärung viel zu umfangreich seien und damit für die Sorgeberechtigten teilweise unverständlich. Als datenschutzrechtlich problematisch erwies sich in Hessen zudem die Einbindung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in das virtuelle Netzwerk der Schule. Es gibt hier nach Aussage des Projektträgers HAGE e.V. eine Fülle von Anforderungen, die mit den Erfordernissen an den Arbeitsplatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ kollidieren. Auch die Umsetzung des Datenschutzes und der Schweigepflicht weisen Schwierigkeiten auf: Die Grenze, wann Sorgeberechtigte von dem Besuch bei der „Schulgesundheitsfachkraft“ oder einem Gesprächsinhalt in Kenntnis gesetzt werden, liegt im Ermessen der „Schulgesundheitsfachkraft“.

Die schriftlichen Befragungen (T0, T1) finden in einem Setting statt, das tradierte Strukturen und vielfältige Besonderheiten in seinem Organisationssystem aufweist. Diese beruhen sowohl auf von außen gesteuerten ministerialen (curricularen, personellen, organisatorischen und finanziellen) Rahmenvorgaben als auch auf einer großen Anzahl schulinterner Entscheidungserfordernisse. Sofern diese dem wissenschaftlichen Begleiteteam bekannt sind, fließen Informationen darüber in die Planung der Datenerhebung für einen möglichst reibungslosen und Ablauf an den Schulen ein. Trotz infolgedessen großzügig geplanter Befragungszeiträume für die Baseline-Erhebung (T0) von etwa sechs Wochen kann nicht ausgeschlossen werden, dass diverse

Merkmalsunterschiede der 28 teilnehmenden Modellschulen, wie z.B. in Bundesland, Bildungsgang, Schulform, Anzahl der Schüler*innen, Schuljahresplanungen (insbesondere Schulferien, Klassenfahrten, Projektstage, Schulvisitationen) dazu führen, dass sich einige Schulen oder Schulklassen im geplanten Befragungszeitraum nicht in vollem Umfang an der Befragung beteiligen können. Hinzu kommt der verhältnismäßig hohe administrative und zeitliche Aufwand, der für die Klassenleiter*innen durch das Pseudonymisierungsverfahren, die papierbasierte Befragung und die infolge dessen notwendig gewordene Handhabung einer Reihe verschiedener Befragungsunterlagen entstanden ist.

Ausgewählte Ergebnisse zum gesundheitsbezogenen Handlungsbedarf in den Schulen

Sowohl der Bedarf an pflegerischer Expertise als auch ein gesundheitsbezogener Handlungsbedarf innerhalb der 28 teilnehmenden Modellschulen in Brandenburg und Hessen wurde durch die Ergebnisse der standardisierten Befragung zu Beginn des Projektes sehr deutlich. Basierend auf den Angaben von N=4.433 Fragebögen aus Brandenburg (Rücklaufquoten zwischen 35 und 46 Prozent) und N=4.690 Fragebögen aus Hessen (Rücklaufquoten zwischen 20 und 45 Prozent) konnten - im Sinne eines ersten schulbezogenen Assessments - diverse Probleme identifiziert werden. Die epidemiologischen Befunde wurden teilweise durch Aussagen der Zielgruppen aus den qualitativen Interviews bestätigt.¹¹

Die Vermeidung von Gewaltsituationen, die Verbesserung der Sauberkeit und Hygiene in den Schulen, die Schaffung von mehr Pausen- und Ruheräumen sowie eine höhere Qualität der Ernährungsangebote in den Schulen stellen vorrangige Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in den beteiligten Modellschulen dar.

Einen Eindruck vom vorherrschenden Schulklima und anderen institutionsbezogenen Merkmalen einer gesundheitsförderlichen Schule vermitteln die Selbstauskünfte der Schüler*innen, Eltern und des Schulpersonals. So geben insgesamt 31 Prozent (Brandenburg) bzw. 18 Prozent (Hessen) der Befragten an, wöchentlich bis täglich körperliche Auseinandersetzungen an der Schule zu erleben und auch gewaltsame verbale Auseinandersetzungen erfahren 58 Prozent (Brandenburg) bzw. 56 Prozent (Hessen). In den Brandenburger Schulen besteht gesundheitsrelevanter Verbesserungsbedarf vor allem in den Bereichen Sauberkeit und Hygiene an den Schulen, Aufenthaltsraum für Pausen und Freistunden für die Lehrer*innen, Angebote für Ruhezonen und –räume für die Schüler*innen, Essensausgabe in der Kantine und Schulungen in Erster Hilfe bzw. Vorhalten eines Schulsanitätsdienstes. In Hessen sind die Themen Sauberkeit und Hygiene an der Schule, Angebote für Ruhezonen und –räume für die Schüler*innen, Bequemlichkeit der Möbel im Klassenraum, Essensausgabe in der Kantine/ am Schulkiosk, Aufenthaltsraum für Pausen und Freistunden für die Lehrer sowie das Raumklima vordringlich.

Die subjektive Gesundheit der Schüler*innen wird von den Befragten in dieser Erhebung an Modellschulen mehrheitlich als gut bis sehr gut eingeschätzt.

Ein grundlegend positives Ergebnis ist der durch die Eltern bzw. durch die Schüler*innen selbst eingeschätzte mehrheitlich gute bis sehr gute subjektive Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen an den teilnehmenden Schulen. Die objektiven Parameter weisen dagegen auf einen erhöhten Anteil von 15 Prozent (Brandenburg) bzw. 10 Prozent (Hessen) von übergewichtigen Schüler*innen hin. Weitere 20 bis 30 Prozent (Brandenburg) bzw. 30 bis 40 Prozent (Hessen) leiden an Schlafstörungen. Sowohl Übergewicht als auch (anhaltende/ wiederkehrende) Schlafstörungen sollten ernstgenommen und behandelt werden, da sie auf potentiell ungesunde Lebensstile hinweisen und zu unerwünschten Folgeerscheinungen führen können.

¹¹ Die systematische Auswertung der qualitativen Interviews erfolgt im Abschlussbericht.

Bei 14 Prozent der Schüler*innen Brandenburgs und bei 9 Prozent der hessischen Schüler*innen wird eine chronische Erkrankung oder Behinderung angegeben.

Bei etwa 14 Prozent (Brandenburg) bzw. 9 Prozent (Hessen) der Schüler*innen liegt eine chronische Erkrankung oder Behinderung und bei 10 Prozent (Brandenburg) bzw. 3 Prozent (Hessen) ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor. Für die Unterstützung und Inklusion dieser Schüler*innen muss das gesamte Personalteam der Schule zusammenarbeiten und Verantwortung übernehmen; die „Schulgesundheitsfachkraft“ kann für die Betroffenen in Form einer Vertrauensperson mit fachlicher Expertise als eine erste Anlaufstelle aber auch als Berater*in oder Wegweiser*in fungieren.

Gut ein Drittel der Schüler*innen konnten in einem Zeitraum von drei Monaten aufgrund einer akuten Erkrankung nicht am Unterricht teilnehmen.

Während des Schulalltags kommt es immer wieder zu Unfällen oder akuten (Krankheits-) Beschwerden der Schüler*innen. Diese müssen fachkundig beurteilt und auf dieser Grundlage sollte eine begründete Entscheidung über die Weiterbehandlung gefällt werden. In einem Zeitraum von drei Monaten vor der Einführung der Schulgesundheitspflege wurden 33 Prozent (Brandenburg) bzw. 21 Prozent (Hessen) der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und 10 Prozent (Brandenburg bzw. 8 Prozent Hessen) wegen eines Unfalls nach Hause geschickt. 21 Prozent (Brandenburg) bzw. 19 Prozent (Hessen) der Schüler*innen wurden wegen einer Erkrankung und 11 Prozent (Brandenburg) bzw. 8 Prozent (Hessen) wegen eines Unfalls von der Schule abgeholt. Zwar wurden die jeweiligen einzelnen Vorfälle nicht genauer erfragt, aber bei weniger schwerwiegenden Beschwerden ist es vorstellbar, dass diese zukünftig durch die „Schulgesundheitsfachkraft“ in der Schule versorgt werden und in der Folge mehr Schüler*innen wieder am Unterricht teilnehmen können oder weniger Schüler*innen von ihren Eltern abgeholt werden müssen.

Es besteht ausgeprägter Bedarf an Prävention bei der Zahn- und Mundgesundheit, Ernährung, Bewegung, beim Medienkonsum, Suchtverhalten sowie bei sicheren Verhütungsmethoden.

Ein weiteres relevantes Aufgabenfeld für die „Schulgesundheitsfachkraft“ ist die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens der Schüler*innen im Sinne einer Gesundheitsförderung oder Prävention. Auffällige und intervenierungsbedürftige epidemiologische Befunde auf dem Gebiet der Zahn- und Mundgesundheit sind 21 Prozent (Brandenburg) bzw. 28 Prozent (Hessen) der Schüler*innen, die nur jährlich oder noch seltener zur Zahnärztin* zum Zahnarzt gehen und 22 Prozent (Brandenburg) bzw. 13 Prozent (Hessen), die sich einmal täglich oder seltener die Zähne putzen. Bei Schüler*innen mit niedrigem sozialem Status liegt diese Rate bei 30 Prozent (Brandenburg) bzw. 31 Prozent (Hessen), während sie bei Schüler*innen mit hohem sozialen Status nur bei 10 Prozent (Brandenburg) bzw. 10 Prozent (Hessen) liegt. Die Einhaltung von Ernährungsempfehlungen (darunter täglicher Verzehr von Obst und Gemüse) ist nur bei 20 bis 50 Prozent (Brandenburg) bzw. 40 bis 60 Prozent (Hessen) zu beobachten. Ausreichende körperliche Aktivität leisten nur 31 Prozent (Brandenburg) bzw. 66 Prozent (Hessen) der Schüler*innen. Zudem sind - in Abhängigkeit von der Altersstufe - ein bedenklich hoher Medienkonsum, regelmäßiges Rauchen und regelmäßiger Alkoholkonsum zu beobachten.

Die uneinheitliche Bedarfslage erfordert eine schulbezogene Priorisierung von gesundheitlichen Zielen an den jeweiligen Einsatzorten der Schulgesundheitspflege. Der kurze Beobachtungszeitraum, die heterogenen Interventionen und der Einfluss weiterer Determinanten auf potentielle Präventionserfolge dürften einen eindeutigen Wirksamkeitsnachweis im Rahmen dieser Evaluation erheblich erschweren.

Bei der sich abzeichnenden Aufgabenvielfalt und den komplexen Bedarfslagen in den Schulen, ist es für die „Schulgesundheitsfachkräfte“ unumgänglich, in Abhängigkeit von ihren Ressourcen und Netzwerken, thematische oder zielgruppenspezifische Prioritäten festzulegen und einzelne Ziele zu verfolgen. Da der Beobachtungszeitraum innerhalb der Evaluation zudem sehr knapp ist und der Effekt von Präventionsmaßnahmen von einer Vielzahl an Determinanten beeinflusst wird, muss vor zu hohen Wirksamkeitserwartungen (Überforderungsnorm) gewarnt werden. Vielmehr wird im Sinne einer Prozessevaluation analysiert, in welchem Ausmaß und mit welchen Mitteln auf welche Probleme reagiert wurde (werden konnte).

Eltern, Lehrer*innen und auch die Schüler*innen berichten von Schwierigkeiten beim Finden, Einschätzen und Bewerten von Gesundheitsinformationen. Dies deutet auf unzureichende Gesundheitskompetenz hin, die im Rahmen der Schulgesundheitspflege zu adressieren ist.

Ein weiterer Befund aus der Analyse der Ausgangslage war die partiell geringe Gesundheitskompetenz sowohl der Lehrer*innen, Eltern als auch der Schüler*innen. Die Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit (von Laien) Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten. Die Selbstauskünfte der Befragten ergaben eine inadäquate bis problematische Gesundheitskompetenz der Eltern (46 Prozent in Brandenburg und 42 Prozent in Hessen) und Lehrer*innen (57 Prozent in Brandenburg und 43 Prozent in Hessen). Die meisten Personen führen Probleme an, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depressionen, zu finden und zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind. Die Mehrheit der antwortenden Schüler*innen hatten eine niedrige (22 Prozent in Brandenburg und 15 Prozent in Hessen) bis moderate (65 Prozent in Brandenburg und 68 Prozent in Hessen) Gesundheitskompetenz. Prinzipiell repräsentiert die „Schulgesundheitsfachkraft“ durch ihre Präsenz in der Schule, durch das ihr entgegen gebrachte Vertrauen und die ihr zugewiesene Expertise auch die Rolle einer Expertin und Ansprechpartnerin für alle Akteur*innen innerhalb der Schule. Auch in Bezug auf die Gesundheitskompetenz einzelner Individuen ist es denkbar, dass diese positiv durch die Kontakte mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ beeinflusst wird. Gleichzeitig kann - bei konkurrierend bestehenden Bedarfslagen und zahlreichen weiteren Determinanten mit Einfluss auf die Gesundheitskompetenz - nicht mit populationsweiten Effekten gerechnet werden.

Lehrer*innen und weiteres Schulpersonal werden durch die im Schulalltag anfallenden Gesundheitsprobleme häufig mit aus ihrer Sicht berufsfremden Tätigkeiten beauftragt.

Jenseits der bisher beschriebenen gesundheitlichen Probleme der Schüler*innen, die den Einsatz von „Schulgesundheitsfachkräften“ legitimieren, gibt es auch berufsrechtliche Befunde des Schulpersonals, die auf die Übernahme von fachfremden Tätigkeiten und zusätzlicher Arbeitsbelastung durch die im Schulablauf anfallenden gesundheitsbezogenen Versorgungsaufgaben hinweisen. So gaben 20 Prozent (Brandenburg) bzw. 13 Prozent (Hessen) der Lehrer*innen an, mindestens einmal wöchentlich fachfremde gesundheitsbezogene Aufgaben zu übernehmen. Zudem fühlen sich die Lehrer*innen mehrheitlich nicht ausreichend über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Medikamentengabe an Schulen informiert (53 Prozent in Brandenburg und 71 Prozent in Hessen). Die selbst wahrgenommene Sicherheit der Lehrer*innen im Umgang

mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist ebenfalls gering.

Unterschiedliche Schulformen, Betreuungsschlüssel durch die „Schulgesundheitsfachkraft“ und Priorisierungen auf gesundheitsbezogene Themen an den einzelnen Schulen führen zu uneinheitlichen, kaum standardisierbaren und nur bedingt vergleichbaren Interventionen.

Bis zum Abschlussbericht im August 2018 wird zu beobachten sein, welche Konsequenzen die unterschiedlichen Präsenzzeiten der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen hat: In Brandenburg betreuen zwei der zehn „Schulgesundheitsfachkräfte“ drei Schulen, in Hessen müssen fünf Schulen mit über tausend Schüler*innen versorgen. Auch gilt es, heraus zu finden, wie die Qualität des Angebotes Schulgesundheitspflege mit der Schulform einhergeht und welche Ausrichtungen der Schulen die Intervention begünstigen bzw. hemmen.

Inzwischen ist die Zusatzqualifikation abgeschlossen und es kann davon ausgegangen werden, dass die Intervention Schulgesundheitspflege nun in vollem Umfang stattfindet. Dafür beträgt der Beobachtungszeitraum für die Evaluation in Brandenburg fünf Monate (Ende der Weiterbildung Ende Februar 2018 bis Ende der Datenerhebung im Juli 2018), in Hessen drei Monate (Mai 2018 bis Juli 2018).

X Fazit

Insgesamt wird an den in diesem Working Paper dokumentierten Erkenntnissen deutlich, dass die Ausgangssituation des Modellprojekts „Schulgesundheitspflege“ in den beiden Bundesländern Brandenburg und Hessen ausgesprochen heterogen ist. Dies bezieht sich auf die beteiligten Akteur*innen, die einbezogenen Ebenen (individuell / organisatorisch) und die verschiedenen gesundheitsbezogenen Themenbereiche, die zuvor ausführlich dokumentiert und ansatzweise kommentiert wurden. Die wissenschaftliche Begleitforschung hat eine große Menge an differenzierten Informationen über die verschiedenen Ausprägungen des Modellprojekts, die zum Teil unterschiedlichen Interventionsansätze und Vorgehensweisen bei der Implementierung sowie die konkreten Bedarfs- und Problemlagen der Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen in den einzelnen Regionen und Schulen zu Tage gefördert. Dabei ist zunächst allen ausdrücklich zu danken, die sich an diesen Erhebungen aktiv beteiligt und sich in großem Umfang auskunftsbereit gezeigt haben oder die durch ihr Engagement an der Überwindung von Hürden mitwirkten und diese Untersuchungen überhaupt erst ermöglichten.

Für die Auseinandersetzung mit den im Rahmen der Ausgangsanalyse gewonnenen Erkenntnissen, wird im weiteren Verlauf des Modellprojekts und der wissenschaftlichen Begleitforschung zweierlei zu berücksichtigen sein: Zum einen kann die hier dokumentierte Heterogenität aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht durchaus erwünscht sein, stellt sie doch eine angemessene Reaktion auf die unterschiedlichen Strukturen in den beiden Bundesländern, die Ausprägungen der Schulen und des jeweiligen Bildungssystems sowie der Lebensbedingungen und Lebenssituationen der dort lebenden, lernenden und arbeitenden Menschen dar. Ein Modell „Schulgesundheitspflege“ nach dem Motto „one size fits all“ dürfte dem kaum hinreichend Rechnung tragen und an gängigen Public Health-Forderungen vorbeiziehen. Bevölkerungsbezogene Interventionskonzepte – wie auch die Schulgesundheitspflege – sollten also stets darum bemüht sein, sich differenziert an den regionalen und lokalen Gegebenheiten und Bedarfslagen auszurichten und Lösungen für je spezifische Gegebenheiten und Kontextbedingungen zu schaffen. Andererseits aber wird durch diese heterogenen Ausgangsbedingungen und die darauf abgestimmten Vorgehensweisen in den beiden Bundesländern und den ausgewählten Schulen bzw. Regionen die Standardisierbarkeit und damit auch die Vergleichbarkeit der Komplexintervention „Schulgesundheitspflege“ und ihrer Erfolgsaussichten über Individuen, Bevölkerungsgruppen, Schulen und Bundesländer hinweg erheblich erschwert. Um dem zu begegnen, wird es notwendig sein, sich mit den beteiligten Akteur*innen weiterhin über Interventionskonzepte der Schulgesundheitspflege zu verständigen und Möglichkeiten zur Standardisierbarkeit von Prozessen (im Sinne des Public-Health-Action-Cycles) und ausgewählter Kerninterventionen zu eruieren. Zudem werden angesichts der heterogenen Ausgangssituation Erwartungshorizonte mit Blick auf die unmittelbaren Effekte der Schulgesundheitspflege nachjustiert und im Dialog mit den beteiligten Akteur*innen angepasst werden müssen. Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung bleibt dabei unverändert, die Sinnhaftigkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland wissenschaftlich zu untermauern und eine solide Informations- und Abwägungsgrundlage für die verschiedenen Interessengruppen und Entscheidungsträger im Bildungs- und Gesundheitssystem zu schaffen, die über die Einführung dieser Innovation zu urteilen haben.

XI Literatur

- AWO Bezirksverband Potsdam e. V. (Hrsg.) (2016): Curriculum zur Qualifizierungsmaßnahme für examinierte Gesundheits- und Kinder-/ Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften. <https://www.awo-potsdam.de/files/Schulpflegekraefte/Curriculum%20f%C3%B4Cr%20Schulgesundheitsfachkr%C3%A4fte.pdf>, letzter Zugriff am 23.03.2018.
- AWO Bezirksverband Potsdam e. V. (Hrsg.) (2015): Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg. <https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/machbarkeitsstudie.html>, letzter Zugriff am 20.12.2017.
- Bauer U (2005): Das Präventionsdilemma. Die Potenziale schulischer Kompetenzförderung Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden.
- Bauer U und Bittlingmayer U H (2005): Wer profitiert von Elternbildung? In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 25 (3), 263-280.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.) (2017): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Amtl. Gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein.
- Beerbom C, Schönberg C, Kubandt M (2010): Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM) (Hrsg.): Unterrichtsentwicklung – Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen. Berlin: Oktoberdruck, 3-74.
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD e. V.): Verwirklichen wir zusammen Großes für Kleine. <http://www.bekd.de/der-bekd-ev/>, letzter Zugriff am 18.12.2017.
- Bertelsmann Stiftung (2017): Kinderarmut ist in Deutschland oft ein Dauerzustand <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2017/oktober/kinderarmut-ist-in-deutschland-oft-ein-dauerzustand/>, letzter Zugriff am 17.12.2017.
- Best N C, Oppewal S and Travers D (2017): Exploring school nurse interventions and health and education outcomes: an integrative review; Journal of School Nursing. DOI: 10.1177/10598405177453359.
- Bilz L (2008): Wenn Schule krank macht. Erziehung und Wissenschaft, 60(10): 44.
- Birch D A, Videto D N (2015): Promoting health and academic success. Human Kinetics Campaign USA.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Rostock.
- Bohnsack R (2003): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 5. Aufl. Opladen.
- Bulechek G, Butcher H, Dochterman J and Wagner C (2013): Nursing Intervention Classification (NIC) 6th edition. Elsevier Mosby St. Louis Missouri.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.) (2012): Gesundes Aufwachsen für alle! Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.) (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Köln.

- Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S and Summerbell C (2002): Interventions for preventing obesity in children. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2.
- Darmann-Finck I (2015): Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen – auf dem Weg zu einer Agenda. http://www.bwpat.de/spezial10/darmann-finck_gesundheitsbereich-2015.pdf, letzter Zugriff am 17.12.2017.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.) (Hrsg.) (2014): Schulgesundheitspflege in Deutschland. Berlin.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.) (Hrsg.) (2011): Handlungsfelder der Pflege. Berlin.
- DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.) (Hrsg.) (2006): Die Deutschen werden immer dicker. Daten zu Übergewicht zeigen einen besorgniserregenden Trend. Presseinformation: DGE special 01/2006 vom 21.Februar.
- DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) (2017): Schülerunfälle nach Art der Einrichtung 2016 <http://www.dguv.de/de/zahlen-fakten/schuelerunfallgeschehen/art-der-einrichtung/index.jsp>, letzter Zugriff am 20.12.2017.
- DH (Department of Health) (Ed.) (2012): Getting it right for children, young people and families. DH CNO, London UK.
- Dillmann M, Bensch S, Kocks A (2015): Das könnte Schule machen. JuKip, 04(03): 118-122.
- Dillmann M und Kocks A (2014): Zwischen Pflasterwechsel und Insulinspritze. Schulische Gesundheitsversorgung und das internationale Berufsbild der School Health Nurse. Dr. med. Mabuse, 210: 58-60.
- Ellert U, Brettschneider A K und Ravens-Sieberger U (2014): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57(7).
- Fagerholt G (2009): An overview of the school nursing role in Sweden. British Journal of school nursing, 4(10): 511-514.
- GEW (Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Hessen) (2011): Grundsatzbeschluss der GEW Hessen zur Inklusion. Gew-hessen, Frankfurt.
- Havik T, Bru E and Ertesvåg S K (2015): School factors associated with school refusal- and truancy-related reasons for school non-attendance. Social Psychology of Education, 18: 221-240.
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015): Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt „Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen“ http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_alkoholkonsum_2013_14.pdf, letzter Zugriff am 04.04.2018.
- Hepp A und Winter R (Hrsg.) (2006): Kultur – Medien – Macht. Cultural Studies und Medienanalyse. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Hessische Lehrkräfteakademie 31.7.2015: Fehlzeitenerfassung <http://schulvermeidung.schule.hessen.de/Fehlzeitenerfassung/index.html>, letzter Zugriff am 23.01.2018.
- HKM (Hessisches Kultusministerium) (2017): Pädagogisch-psychologische Maßnahmen zum Umgang mit Schulvermeidung. Handreichung für Schulen https://kultusministerium.hessen.de/sites/default/files/media/hkm/paedagogisch-psychologische_massnahmen_zum_umgang_mit_schulvermeidung.pdf, letzter Zugriff am 02.05.2018.
- HKM (Hessisches Kultusministerium) (2015): Richtlinien zur Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen an Schulen. HKM Wiesbaden.

- HKM (Hessisches Kultusministerium) (2010): Schritte zum Gesamtzertifikat „Gesundheitsfördernde Schule“. Ein Leitfaden für Schulen. HKM Wiesbaden.
- HKM (Hessisches Kultusministerium) (o. J.): Schule & Gesundheit Hessen 2002 – 2008. Ausgangspunkte – Ziele – Wege – Meilensteine. http://www.schuleundgesundheit.hessen.de/fileadmin/content/Konzept/grundlagenpapier_sung.pdf, letzter Zugriff am 24.03.2018.
- Hurrelmann K und Laaser U (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K, Laaser U und Razum O (Hrsg): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim.
- ICPHR (2013): Position Paper 2: Participatory Health Research: A Guide to Ethical Principles and Practice. Version: October 2013. Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research.
- ICPHR und PartNet (o. J.): Qualität sichern: Zentrale Merkmale der partizipativen (Gesundheits-) Forschung. Übersetzung des Papiers „Ensuring Quality: Indicative Characteristics of Participatory (Health) Research“ von Prof. Dr. Tina Cook. http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/2016-12-01_qualita%CC%88tskriterien_pgf_dt._fassung.pdf, letzter Zugriff am 14.11.2017.
- Jäckel, M (2011): Medienwirkungen – Ein Studienbuch zur Einführung. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Jordan S und Hoebel J (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 58: 942-950.
- Klasen F, Meyrose AK, Otto C, Reiß F und Ravens-Sieberer U (2017): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. Kinderheilkunde, 165 (5):402.
- Klemm K (2012): Zusätzliche Ausgaben für ein inklusives Schulsystem in Deutschland. Bertelsmann Stiftung Gütersloh.
- Klundt M (2015): Kinderarmut in Deutschland. www.julim-journal.de, letzter Zugriff am 17.12.2017.
- KMK (Kultusministerkonferenz) (2012): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. <http://bildungsserver.berlin-brandenburg.de>, letzter Zugriff am 24.03.2018.
- Kocks A (2008): Schulgesundheitspflege. Pflege und Gesellschaft, 3: 246-260.
- Kofahl C und Lüdecke D (2014): Familie im Fokus. Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. AOK Bundesverband, Berlin.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (o. J.): Ziele und Struktur des Kooperationsverbundes. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/>, letzter Zugriff am 28.03.2018
- Krause L, Neuhauser H, Hölling H und Ellert U (2017): Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Aktuelle Prävalenzen und zeitliche Trends. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 165(5).
- Kühn H und Rosenbrock R (2009): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Bittlingmayer U H, Sahrai D und Schnabel P E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheiten, Wiesbaden: VS, 47-71.

- Laforêt-Fliesser Y, MacDougall C and Danaher A (2013): Healthy schools, healthy children: maximising the contribution of public health nursing in school settings. Toronto, ON.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (Hrsg.) (2017): Partizipative Qualitätsentwicklung in Kontexten einer Kommunalen Gesundheitskonferenz. Ein Modellprojekt zur Erprobung partizipativer Strategien im Kreis Gütersloh.
- Lange M, Kamtsiuris P, Lange C, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H, und Lampert T (2007): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50: 578-89.
- MBJS (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg) (2017): Medizinische Hilfsmaßnahmen in der Schule durch Lehrkräfte und das sonstige pädagogische Personal. Rundschreiben (8/17 8RS 8/17) vom 29.Mai 2017 (Abl. MBJS/17, [Nr.16], S.202)
- MBJS (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport): Gesetz über die Schulen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Schulgesetz - BbgSchulG) vom 2. August 2002.
- MBJS (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport). (o.J.) Schulverweigerung <http://bildungs-server.berlin-brandenburg.de/schule/hilfe-und-beratung/schulverweigerung/#c53794>, letzter Zugriff am 23.01.2018
- MBJS (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport) 29.06.2010: Verwaltungsvorschriften über die Organisation der Schulen in inneren und äußeren Schulangelegenheiten (VV-Schulbetrieb - VVSchulB) http://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/vv_schulbetrieb, letzter Zugriff am 23.01.2018.
- Mielck A (2006): Wie lassen sich die Zielgruppen für Interventionsmaßnahmen bestimmen? In: Altgeld T, Bächlein B und Denke C (Hrsg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse, 85-99.
- NASN (National Association of School Nurses) (Ed.) (2015): Framework for 21st Century School Nursing Practice <https://www.nasn.org/framework>, letzter Zugriff am 17.12.2017.
- Niehues C, Höldke B und Gericke C A (2006): Vergleich der Schulgesetze der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesetzestext; Das Gesundheitswesen 68:101-109.
- Paakkari O, Torppa M, Kannas I and Paakkari L (2016): Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. Scand J Public Health.
- PrävG (Präventionsgesetz) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 17. Juli 2015.
- RCN (Royal College of Nursing) (Ed.) (2017): An RCN Toolkit for School Nurses. London UK.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2014): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KiGGS Welle 1), Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57(4).
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Robert Koch-Institut: Beiträge zur Berichterstattung des Bundes.
- RKI (Robert Koch-Institut) (o.J.): KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern in Deutschland www.kiggs-studie.de, letzter Zugriff am 17.12.2017.

- Röthlin F, Pelikan J und Ganahl K (2013): Die Gesundheitskompetenz von 15-jährigen Jugendlichen in Österreich: Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). In: RESEARCH, L. B. I. H. P. (ed.).
- Rosenbrock R und Kümpers S (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheitschancen. In: Richter M und Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden: VS, 371-388.
- Sälzer C (2010): Schule und Absentismus, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schnabel, P E (2008): Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. Ungleichheitsverringende Gesundheitsförderung – Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung. In: Bauer U, Bittlingmayer U H und Richter M (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS, 480-510.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens) (2009): Sondergutachten 2009. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14>, letzter Zugriff am 20.12.2017.
- Tepe M (2017): Inklusionsstrategie für jedes Bundesland diskutieren. <https://www.gew.de>, letzter Zugriff am 10.12.2017.
- WHO (World Health Organization) (Ed.) (2014): European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. WHO Kopenhagen.
- WHO (World Health Organization) (2010): Global Recommendations on physical Activity for Health http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1, letzter Zugriff am 04.04.2018.
- Wright M T, Block M, von Unger H (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Partizipation. In: Wright, M T (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.

**Working Paper der Unit
Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik**

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland